

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

No 20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GRASSET JACQUES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque
Né à Tours, le 27 Février 1899

FONCTIONNEMENT

DE LA

MATERNITÉ BAUDELOCQUE

Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine
dirigée par le Professeur A. COUVELAIRE
(Année 1926)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

50

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE

No.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GRASSET JACQUES

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'Obstétrique à la Clinique Baudelocque

Né à Tours, le 27 Février 1899

FONCTIONNEMENT

DE LA

MATERNITÉ BAUDELLOCQUE

Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine

dirigée par le Professeur A. COUVELAIRE

(Année 1926)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

19.9

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STRÖHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LCÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine égale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVLAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALAJOUANINE. . .	Neurologie et psy- chiatric.	LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryng gie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEROUX	Anatomie pathologi- que.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL. . . .	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE. .	Chimie biologique.	LHERMITTE. . . .	Pathologie mentale.
BROCQ.	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	METZGER.	Obstétrique.
CHABROL	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
DEBRÉ.	Hygiène.	OBERLING.	Anatomie pathologi- que.
DOGNON.	Physique.	OLIVIER.	Anatomie.
DONZELOT.	Pathologie médicale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgi- cale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils. . . .	Physiologie.
FIESSINGER. . . .	Pathologie médicale.	SÉZARY.	Dermatologie et sy- philigraphie.
GARNIER.	Pathologie expéri mentale.	VALLERY-RADOT (Pasteur).	Pathologie médicale.
GATELLIER.	Pathologie chirurgi- cale.	VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
GIROUD	Histologie.	VELTER.	Ophthalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.		
HOVELACQUE. . . .	Anatomie.		
HUTINEL.	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	RETTNERER.	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA FEMME

Faible témoignage de mon affection.

A MA TANTE, A MON GRAND-ONCLE

A MES SŒURS, BELLE-SŒUR ET BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*En témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre respec-
tueuse affection.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR SAINTON

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

*Qui fut un de mes premiers maîtres,
et dont la bienveillante sollicitude
m'a suivi au cours de toutes mes
études médicales.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le té-
moignage de mon affectueuse gra-
titude.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

*Hommage de reconnaissance pour les
conseils précieux qu'il m'a donnés.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage et Externat :

M. LE DOCTEUR HALLÉ.
M. LE DOCTEUR MONOD.
M. LE PROFESSEUR GOSSET.
M. LE DOCTEUR SAINTON.
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU.
M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE.
M. LE DOCTEUR PAPILLON.
M. LE DOCTEUR MILIAN.
M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT.
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE.

A MES MAITRES ET AMIS

DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

MM. LES DOCTEURS PORTES ET DENOYERS, ACCOU-
CHEURS DES HOPITAUX ; LACOMME, RAVINA,
SÉGUY, Mlle BACH, CHEFS DE CLINIQUE ; M. LE
DOCTEUR FRANÇOIS ; MM. LEBLANC ET ABD-
EL-NOUR, MONITEURS.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

•

INTRODUCTION

Le fonctionnement de la Maternité Baudelocque, clinique obstétricale de la Faculté de Médecine, sera, en ce qui concerne l'année 1926, le sujet de notre thèse.

Dans ce travail, qui fait suite à ce qui a été fait depuis 1921, par mes collègues Job, Démelin, Géant, Baudrillart, Ballaire, nous n'avons apporté aucune modification au plan général, qu'ont adopté nos prédécesseurs et qui nous servira de guide.

Nous diviserons donc ce tableau statistique en quatre parties :

Première partie. — LES CONSULTATIONS.

Consultation des femmes en état de gestation.

Consultation des mères nourrices et des nourrissons.

Consultation de gynécologie.

Dispensaire anti-syphilitique.

Deuxième partie. — LE SERVICE D'ACCOUCHEMENT

Service général.

Service spécialement réservé aux femmes
atteintes de tuberculose pulmonaire.

Troisième partie. — LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE.

Quatrième partie. — LE SERVICE SOCIAL.

PREMIÈRE PARTIE

CONSULTATIONS

1° CONSULTATION DES FEMMES EN ÉTAT DE GESTATION

(Tous les jours de 9 h. à midi et de 14 h. à 18 h.)

Nombre de consultations données..... 13.326

Nombre de consultantes..... 5.492

Femmes dirigées sur le dispensaire de syphiligraphie

a) par le service de la clinique Baudelocque 399

b) de l'extérieur..... 274

*Femmes tuberculeuses, ou suspectes de tuberculose,
envoyées par ou dirigées sur les dispensaires
anti-tuberculeux et en particulier
le dispensaire Léon Bourgeois*

Envoyées à la clinique..... 142

Adressées par la clinique..... 74

2° CONSULTATIONS DES MÈRES-NOURRICES
ET DES NOURRISSONS

(Lundi, mardi, jeudi à 14 h., samedi à 9 h.)

Consultations données.....	8.914
Enfants présentés aux consultations.....	1.217
Enfants allaités au sein.....	1.068
Enfants nourris au lait de vache.....	149

3° DISPENSAIRE ANTI-SYPHILITIQUE

(Le mercredi à 15 h., le vendredi à 9 h.)

Nombre des inscriptions nouvelles :

Femmes	673
Nourrissons	339
Enfants de plus d'un an.....	126
Pères	224

Réactions sérologiques pratiquées :

Adultes	1.916
Nourrissons et enfants.....	365

Ont été soumis au traitement régulier :

Femmes	437
Nourrissons	255
Enfants de plus d'un an.....	147
Pères	37

Nombre des injections intraveineuses de
néo-salvarsan (adultes) 3.969

Nombre des injections intra-musculaires
de sels insolubles de mercure..... 171

Nombre des injections intra-musculaires de sels de bismuth.....	1.575
Nombre des injections sous-cutanées de sulfarsénol (nourrissons).....	5.545
Nombre des injections intra-musculaires des sels de bismuth (enfants).....	104

4° CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

(Le mardi à 9 h., le samedi à 14 h.)

Consultations données	1.845
Nombre de consultantes.....	1.147

DEUXIÈME PARTIE

SERVICE D'ACCOUCHEMENT

1° MATERNITÉ BAUDELOCQUE

Statistique Générale

a) *Service général d'accouchement*

Femmes reçues.....	2.431
Avortements	126
Acc. par les voies naturelles (dont 36 gé- mellaires)	2.110
Opérations césariennes	57
Hystérectomie en bloc.....	1
Gestations ectopiques.....	4
Mortalité maternelle { totale	23
par infection..	3
Chiffre total des naissances d'enfants.....	2.381
Enfants pesant moins de 2.500 gr.....	291
Enfants pesant entre 2.500 gr. et 3.250 gr.	1.046

Enfants pesant entre 3.250 et 4.000 gr.,	916
Enfants pesant 4.000 gr. et plus.....	128
Enfants morts :	
pendant la gestation.....	40
pendant l'accouchement..	50
pendant le séjour à la Maternité	60
Enfants sortis vivants.....	2.117

b) SERVICE DES TUBERCULEUSES (PAVILLON TARNIER)

Femmes reçues	133
Avortements	2
Opération césarienne.....	1
Acc. par les voies naturelles.....	130
Mortalité maternelle	8
Chiffre total de naissances d'enfants.....	132
Enfants pesant moins de 2.500 gr.....	27
Enfants pesant entre 2.500 grammes et 3.250 gr.....	65
Enfants pesant entre 3.250 gr. à 4.000 gr.	40
Enfants morts à la clinique.....	12
Enfants sortis vivants en bon état.....	120

2° SERVICE DES SAGES-FEMMES AGRÉÉES

Accouchements	759
Mortalité maternelle.....	0
Enfants morts pendant l'acc.....	0
Enfants sortis vivants.....	759

3° FEMMES ACCOUCHÉES EN VILLE ET HOSPITALISÉES
ULTÉRIEUREMENT A LA CLINIQUE

Femmes reçues.....	29
Pour elles-mêmes.....	28
Pour leur enfant.....	1
Pour elles-mêmes et pour leur enfant...	1
Mortalité maternelle	0
Mortalité infantile.....	0

4° TOTAL GÉNÉRAL

Accouchements et avortements.....	3.316
Mortalité maternelle totale.....	31
Enfants sortis vivants.....	2.996

I

Avortements

126 observations.

Dans 91 cas, la cause n'a pu être déterminée avec certitude (Obs. 4, 73 bis, 111, 156, 204, 260, 289, 312, 313 bis, 348, 389, 449, 500 bis, 519, 572, 587, 590 bis, 618 bis, 624, 640 bis, 642, 668, 720, 740, 817, 968 bis, 1034 bis, 1038, 1054 bis, 1055, 1109, 1150, 1153, 1189, 1210 bis, 1216 bis, 1264, 1278, 1287, 1299 bis, 1303, 1312, 1320, 1331 bis, 1347, 1493, 1525 bis, 1546, 1552 bis, 1568, 1588, 1596, 1636, 1661, 1688 bis, 1693 bis, 1694, 1728 bis, 1735, 1743, 1744, 1758 bis, 1762, 1762 bis, 1763 bis, 1796, 1826, 1847, 1858, 1874 bis, 1910, 1936, 1972, 1991, 2064 bis, 2066, 2070, 2075 bis, 2108, 2113, 2135 bis, 2162, 2251, 2252, 2259, 2262, 2266, 2322 bis, 2345 bis, 2352, 2354 bis).

Dans les 35 autres cas on a noté :

13 fois la syphilis avec réaction de Hecht positive
(obs. 109, 205, 208, 283 bis, 848, 874, 1134,
1206, 1292 bis, 1729 bis, 2110, 2125, 2307 bis),
4 fois une endométrite (obs. 590, 867, 874, 1267 bis).
1 fois un traumatisme (obs. 20).

- 5 fois une malformation utérine (obs. 90 bis, 1084, 2148, 2208, 2359).
- 1 fois un état grippal avec Θ à 40° (obs. n° 978 bis).
- 3 fois un hydramnios à marche aiguë, dont 2 fois avec gestation gémellaire (obs. 132, 2148), et 1 fois avec gestation simple (obs. 141).
- 1 fois un placenta albuminurique. Pas d'hypertension. Enfant macéré (obs. 1570).
- 1 fois albumine et Basedow (obs. 1666).
- 2 fois albumine et hypertension (obs. 617, 2355).
- 4 cas de tentatives d'avortement criminel (obs. 77 bis, 459, 771, 850).
- 62 fois, l'avortement a eu lieu dans les trois premiers mois.*
- 27 fois en un temps.
- 35 fois en deux temps.
- 35 fois, il a été spontané.
- 7 fois, on fit un curage digital, pour rétention du placenta (obs. 77 bis, 109, 111, 289, 1055, 2108, 2345 bis).
- 3 fois pour hémorragie (obs. 283 bis, 1636, 1874 bis)
- 1 fois, on fit un curage suivi de curettage pour rétention (obs. 2322 bis).
- 5 fois, on a fait un curettage pour infection (obs. 1034 bis, 1729 bis, 1153, 1552 bis, 1826).
- 9 fois, curettage pour hémorragie (obs. 1210 bis, 1287, 1292 bis, 1299 bis, 1447, 1493, 1688 bis, 1693 bis, 1763 bis).

Enfin, dans deux cas, on fit le curettage, pour hémorragie et infection associées (obs. 1936, 2135 bis).

64 fois, l'avortement a eu lieu au cours des 4^e, 5^e et 6^e mois : 10 fois en un temps, 54 fois en deux temps.

57 fois, il a été spontané.

Deux fois, on fit un curage digital : 1 fois pour infection (obs. 1109), 1 fois pour hémorragie (obs. 2251).

Une fois, on fit un curage suivi de curettage pour hémorragie et infection (obs. 1568).

Quatre fois, on provoqua le travail en plaçant dans l'utérus un ballon de *Champetier de Ribes* (obs. 20, 1084, 1278, 1793).

Mortalité :

Obs. 1758 bis : Entrée en état de septicémie après curettage instrumental fait en ville, pour rétention placentaire totale. (Gestation de 4 mois). Décédée : 48 heures après le curettage.

Obs. 2335 : Avortement spontané de 5 mois 1/2. Albuminurie massive. 4 gr. Hypertension 20-10. Rétinite. Urée : 2 gr. 10. Décédée à Lariboisière.

II

Rétention de Fœtus morts

46 observations :

Dans 17 cas, la cause n'a pu être déterminée. (Obs. 74, 246, 268, 957, 1010, 1017, 1069, 1251, 1279, 1388, 1439, 1470, 1597, 1685, 2051 bis, 1860, 2428).

Dans 12 cas, nous notons des troubles des fonctions rénales. (Obs. 123, 460, 617, 817, 924, 966, 1391, 1421, 1938, 1953, 2318, 2397).

Dans les autres cas, nous relevons : 9 fois la syphilis avec réaction de Hecht positive (obs. 355, 503, 810, 874, 915, 1003, 1247, 1410, 1672) : 8 cas de syphilis diagnostiquée cliniquement avec réaction de Hecht négative (obs. 275, 848, 905, 1244, 1615, 1709, 1919, 2089).

Mortalité maternelle : 0.

III

Accouchements

PRÉSENTATIONS (*en général*)

(y compris les présentations des jumeaux)

Sommet	2.196
Face	5
Front	4
Siège	116
Epaule	10

I. ACCOUCHEMENTS SIMPLES

Présentation du sommet

2.149 observations

Présentation du siège

94 observations

57 primipares, 37 multipares.

64 sièges décomplétés (42 primipares, 21 multipares).

24 sièges complets (12 primipares, 11 multipares).

6 sans indication.

A. Dans 51 cas, la cause de la présentation n'a pu être établie (obs. 104, 123, 171, 269, 309, 322, 394, 412, 576, 619, 632, 676, 721, 724, 731, 781, 881, 892, 898, 955, 961, 974, 1078, 1117, 1306, 1339, 1345, 1389, 1403, 1480, 1548, 1659, 1746, 1816, 1849, 1856, 1887, 1931, 1998, 2023, 2056, 2142, 2191, 2215, 2279, 2294, 2311, 2329, 2347, 2360, 2408).

B. Dans 43 cas, nous trouvons comme facteur étiologique possible :

5 fois une viciation pelvienne (obs. 194, 447, 2087, 2163, 2267).

23 fois un accouchement prématuré (obs. 233, 261, 275, 276, 534, 608, 659, 764, 955, 971, 973, 1031, 1081, 1440, 1463, 1558, 1643, 1775, 1811, 1982, 2036, 2220, 2271).

3 fois de l'excès de liquide (obs. 355, 1871, 2204).

2 fois des malformations fœtales :

a) 1 fœtus à multiples malformations (obs. 381)

b) 1 tête anormalement grosse sans hydrocéphalie (obs. 2364).

2 fois l'existence d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome utérin (obs. 569 et 583).

5 fois les malformations utérines (obs. 580, 1604, 1644, 1812, 2074).

1 fois une insertion du placenta sur le segment inférieur (obs. 1806).

2 fois, coexistence de luxation congénitale de la hanche sans rétrécissement pelvien (obs. 2320 et 2415).

Chez 7 femmes suivies par la consultation des femmes enceintes, des tentatives de version par manœuvres externes avaient été faites sans résultat ; elles étaient toutes primipares.

Chez 3 primipares, on a réalisé la dilatation vaginale préfoetale en plaçant dans le vagin un ballon de Champetier de Ribes.

80 fois, l'expulsion a été spontanée (manœuvres de Mauriceau-Pinard sur tête dernière).

10 fois, la grande extraction a été nécessaire :

5 fois pour défaut de progression (obs. 447, 1558, 1746, 1812, 2074).

4 fois pour souffrance foetale (obs. 608, 1031, 1849, 2067).

1 fois pour procidence du cordon (obs. 881).

1 fois on pratiqua l'abaissement du pied pour lenteur de la dilatation (obs. 664).

2 fois on fit une application de forceps sur la tête dernière (obs. 1604, 2204).

1 fois on tenta la grande extraction d'un enfant mort après incision du col mais l'excès de volume de la tête foetale nécessita une basiotripsie sur la tête dernière (obs. 2364).

Comme complications maternelles nous relevons :

2 hémorragies de la délivrance importantes (obs. 497, 2142).

1 déchirure périnéale jusqu'au sphincter (obs. 1403).

La procidence du cordon fut rencontrée 7 fois (obs. 322, 447, 608, 664, 764, 881, 1031).

RÉSULTATS pour les enfants :

a) *Morts* :

Pendant la gestation : 3 (obs. 275, 355, 1871, ce dernier macéré).

Pendant le travail : 6 (obs. 123, 261, 381, 1775, 2142, 2364).

Au cours de l'expulsion : 6.

4 à cause d'une procidence irréductible du cordon (obs. 322, 447, 608, 764).

2 par suite de la rétraction du col sur la tête dernière (obs. 534, 1982).

Pendant le séjour de la mère à la clinique : 3 (obs. 955, 1306, 1558).

b) *Sortis vivants* : 76.

Présentation de la face

4 observations

Obs. n^{os} 1393, 1705, 1958, 2068.

Trois primipares, une multipare.

Dans trois cas, le bassin était normal.

Dans un cas (obs. 1958) viciation pelvienne légère.

P. S. P. = 11 cm. Aplatissement : sens transversal.

2 fois la présentation était en M I D P.

1 fois la présentation était en M I G A.

1 fois la présentation était en M I G P.

Trois accouchements ont été spontanés.

Le 4^e (obs. 1958) a nécessité une application de forceps.

La durée de la période de dilatation a été de :

15 h. 30 (expulsion 15'), 5 h. (exp. 10'), 71 h. 30 (exp. 3 h. 30), 22 h. 35 (exp. 10').

RÉSULTATS : 4 enfants vivants pesant :	}	3.170
		3.370
		3.350
		3.360

Mortalité maternelle : 0.

Présentation du front

4 observations

N^{os} 361, 801, 2151, 2226.

Obs. 361. — I pare, 23 ans, bassin normal. Dilatation 13 heures, expulsion 4 heures, application de forceps en N. I. G. T. pour souffrance fœtale, double épisiotomie, délivrance artificielle pour hémorragie, enfant vivant 3.100 gr.

Obs. 801. — I pare, 26 ans, bacillaire, dilatation 39 heures 30, expulsion 1 h. 30, contracture utérine, application de forceps, la femme ne pouvant faire d'efforts expulsifs. Enfant

mort-né : 1.530 gr., présentant un sillon sur l'épaule gauche, délivrance artificielle. Anneau de contracture incarcerated en masse le placenta.

Obs. 2151. — VI^e geste, bassin normal, front en N. I. D. P., accouchement spontané, délivrance normale, enfant vivant : 2.670 gr.

Obs. 2226. — I pare, front en N. I. G. T. dilatation 37 h. 30, expulsion 4 h. sans résultat, membranes rompues depuis 41 h., césarienne basse (voir césarienne), enfant vivant : 2.780 gr. Femme décédée, 48 h. après l'opération, de septicémie péritonéale.

Présentation de l'épaule

8 observations (gémellaires non comprises)

(Obs. n^{os} 557, 703, 772, 941, 1319, 1769, 1781, 2295)

6 acc. à terme. 2 prématurés.

Tous les accouchements ont été opératoires.

Dans quatre cas (obs. 703, 941, 1319, 1769) on fit une version par manœuvres internes ; dans tous ces cas, enfants nés vivants.

Dans deux cas (obs. 557, 2295) on fit une césarienne : Enfants vivants.

Dans deux cas (obs. 772, 1781) on fit une embryotomie rachidienne les B. d. c. n'ayant pu être percus depuis plusieurs heures.

Obs. 557. — IV^e gest. Bassin touché. Déroit inférieur rétréci. Antécédents : deux enfants morts, 1 vivant. Femme très

adipeuse. Présentation transversale. Rupture des membranes avant tout début de travail. Césarienne corporéale. Enfant vivant pesant 4 kg. 600.

Obs. 703. — II^e gest. Présentation de l'épaule gauche en dorso-post. Rupture prématurée des membranes. 8 jours avant le début du travail. Utérus souple. Ballon de Champetier de Ribes. Procidence du cordon après l'expulsion du ballon. Version par manœuvres internes. Enfant vivant pesant 2 kg. 610. Délivrance artificielle. Mensuration des membranes montre une insertion du placenta sur le segment inférieur.

Obs. 772. — II^e gest. Présentation de l'épaule gauche en dorso-ant. Rupture prématurée des membranes. Bruits du cœur non perçus. Membre supérieur gauche abaissé, présente des signes de macération. Embryotomie rachidienne. Enfant pesant 2.230 gr.. Délivrance naturelle. Suites de couches satisfaisantes.

Obs. 941. — V^e gest. Présentation de l'épaule droite en dorso-ant. Version par manœuvres externes. Présentation verticale. Rupture artificielle des membranes à dilatation complète. Procidence du cordon. Version par manœuvres internes. Enfant vivant pesant 2.670 gr. Suites normales.

Obs. 1319. — I^{re} Pare. Présentation de l'épaule gauche en dorso-ant. dans un utérus eordiforme. Rupture spontanée des membranes. Version par manœuvres internes. Enfant vivant pesant 3.320 gr. Délivrance artificielle. Suites normales.

Obs. 1769. II^e gest. Présentation de l'épaule gauche en dorso-ant. Rupture des membranes trois heures avant la dilatation complète. Version par manœuvres internes. Enfant vivant pesant 3,400 gr.

Obs. 1781. — I pare. Présentation transversale dans utérus cordiforme. A dilatation complète, bruits du cœur non perçus depuis 4 heures. Embryotomie rachidienne. Délivrance artificielle. Suites normales.

Obs. 2295. — V^e gest. Présentation de l'épaule en dorso-ant. Utérus cordiforme. Rupture des membranes à 0,50. A 2 fr. procidence du cordon. Césarienne classique. Enfant vivant pesant 3.780 gr. Suites normales.

RÉSULTATS : Enfants.

Deux enfants morts pendant le travail (obs. 772, 1781).

Six enfants vivants.

Mortalité maternelle : 0.

II. ACCOUCHEMENTS GÉMELLAIRES

36 observations

(7 gestations unichoriales, 29 gest. bichoriales).

A. Gestations unichoriales. :

7 cas (obs. 417, 493, 726, 969, 1272, 1390, 2079).

Ces 7 cas donnent :

3 acc. prématurés au 8^e mois (obs. 417, 493, 1390).

4 acc. au cours du 9^e mois (obs. 726, 969, 1272, 2079).

Deux de ces femmes étaient en traitement à la consultation de syphilis pendant leur gestation n^o 493 et 1390.

2 autres n'ont pas eu de prise de sang.

3 ont des réactions sérologiques négatives.

Mortalité fœtale..... 0

B. Gestations bichorales :

29 cas (obs. 57, 97, 99, 313, 326, 549, 699, 789, 893, 937, 958, 959, 1042, 1102, 1122 bis, 1213, 1250, 1431, 1510, 1621, 1706, 1751, 1876, 1970, 1983, 2280, 2306, 2316, 2424 bis).

L'évolution de la gestation a été compliquée : 9 fois d'albuminurie (obs. 97, 326, 789, 893, 937, 1751, 1970, 1983, 2280).

L'accouchement se produisit :

9 fois avant la fin du 8^e mois (obs. 549, 937, 958, 959, 1042, 1510, 1983, 2280, 2306).

20 fois au cours du 9^e mois.

C. Dans l'ensemble :

Les présentations donnent :

1^{er} jumeau : 25 sommets, 11 sièges.

2^e jumeau : 22 sommets, 11 sièges, 2 épaules (obs. 699, 1510), 1 face (obs. 1706).

L'accouchement a été spontané pour les deux jumeaux : 22 fois.

Il a été opératoire : 14 fois. Soit :

6 cas où l'accouchement fut spontané pour le 1^{er} jumeau opératoire pour le 2^e.

4 fois on fit une version (obs. 57, 99, 699, 1510, ces deux dernières pour présentation de l'épaule).

2 fois on fit une grande extraction du siège (obs. 1213 et 1272).

3 cas où on intervint pour le 1^{er} jumeau, le second naissant spontanément.

2 fois pour extraire un siège, le second naissant par le sommet (obs. 1983), ou par le siège (obs. 2306).

1 fois pour application de forceps, le second naissant spontanément par le sommet (obs. 2079).

5 cas où on pratiqua deux interventions :

2 fois on extrait 2 sièges (obs. 1102, 1254).

1 fois on fait 2 applications de forceps (obs. 726).

1 fois on extrait un premier siège et on fait une version sur le 2^e jumeau (obs. 1431).

1 fois on fait un forceps sur le premier et une version sur le second (obs. 549).

A signaler l'observation 99 où on fit une version pour le deuxième jumeau pour non engagement du sommet suivi d'une ponction rachidienne, il s'agissait d'un hydrocéphale.

D. Comme complications maternelles :

5 hémorragies de la délivrance dont 2 ont nécessité une délivrance artificielle (obs. 313 et 1250).

1 déchirure complète du périnée (forceps) obs.
2079.

1 phlegmatia bilatérale, obs. 493.

Mortalité maternelle..... 0

Mortalité infantile..... 6

Tous nés de gestations bichoriales.

a) Pendant la gestation : 1 (obs. 789).

b) Pendant l'accouchement : 4 (obs. 99, 959,
1983, 2306).

c) Après l'accouchement : 1 (obs. 1431).

IV

Complications de la Gestation

I. UTÉRUS

A. — *Malformations utérines*

9 observations

N^{os} 90 bis, 580, 1319, 1604, 1644, 1781, 1812, 2148, 2295.

7 primipares, 2 multipares.

Dans 1 cas, utérus en brioche (obs. 90 bis).

Dans 1 cas, utérus cylindrique (obs. 1644).

Dans 1 cas, utérus double avec vagin double (obs. 580).

Dans tous les autres cas, utérus cordiforme.

Pendant la gestation il y eut trois présentations transversales irréductibles (obs. 1319, 1781, 2295).

Au moment du travail, il y eut, en dehors de ces trois présentations de l'épaule, une présentation de siège décompleté (obs. 1812) et trois présentations de siège complet (obs. 580, 1604, 1644).

Dans 2 cas il y eut rupture prématurée des membranes.

L'accouchement a eu lieu à terme dans 7 cas, dans les deux autres il y eut avortement au cours du 4^e mois (obs. 90 bis) et avortement gémellaire avec hydramnios d'un des œufs chez une femme ayant une pyélonéphrite (obs. 2148).

L'accouchement a été spontané 4 fois.

Les autres fois :

(Obs. 2295) présentation de l'épaule : on fit une césarienne.

(Obs. 1319) présentation de l'épaule : on fit une version par manœuvres internes.

(Obs. 1781) présentation de l'épaule) : on fit une embryotomie rachidienne.

(Obs. 1812) présentation du siège : grande extraction du siège.

(Obs. 1604) présentation du siège : on fit un forceps sur la tête dernière.

Dans 2 cas (obs. 1319, 1781), on fit une délivrance artificielle pour hémorragie de la délivrance.

RÉSULTATS :

Mortalité maternelle : 0.

Enfants : 7 enfants vivants, 2 enfants morts, l'un au cours du travail (obs. 1781), l'autre né débile, 1750 gr., mort 8 jours après l'accouchement (obs. 580).

B. — *Fibromes de l'utérus grávide*

13 observations

N^{os} 287, 583, 795, 1028, 1084, 1105, 1216, 1251, 1448, 1723, 2016, 2208, 2281.

9 primipares, la plupart ágées de 35 à 40 ans.

4 multipares, dont 2 avaient eu leur premier accouchement l'une à 29 ans, l'autre à 35 ans.

Dans 1 cas, la gestation était compliquée de métrorragies (obs. 1084).

Dans l'évolution de la gestation, nous relevons une gestation douloureuse avec rupture prématurée des membranes, deux avortements, l'un de 4 mois, l'autre de 5 mois, une rupture prématurée des membranes, ayant nécessité pour terminer la dilatation la pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

Comme présentation, nous trouvons 10 présentations céphaliques, 1 présentation de siège décomplété (obs. 583).

L'accouchement a été spontané 5 fois, dont 1 présentation de siège décomplété (obs. 583).

Il a été opératoire 7 fois.

4 opérations césariennes (voir césarienne).

Obs. 287 : Césarienne haute au début du travail pour fibrome prævia suivi d'une double myomectomie.

Obs. 1105 : Césarienne basse, utérus fibromateux et hémorragie par placenta prævia.

Obs. 1216 : Césarienne corporéale au début du travail, bassin rachitique généralement rétréci.

Obs. 1723 : Opération césarienne, avant le travail, pour fibrome du col.

Dans 2 cas, pose de ballon de Champetier de Ribes.

Enfin, dans le dernier cas (obs. 2016), forceps en O. P. pour rétrécissement du détroit inférieur et souffrance fœtale.

Dans 1 cas, il y avait insertion du placenta sur le segment inférieur (obs. 1105).

RÉSULTATS :

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 287), septicémie après césarienne suivie de double myomectomie.

Mortalité infantile : 1 cas (obs. 1251), enfant présentant deux circulaires serrées autour du cou et une autour du membre supérieur gauche.

C. — *Endométrite*

8 observations

Obs. n^{os} 341, 590, 764, 867, 874, 1267 bis, 1572, 2208.

Dans tous ces cas, l'examen de la délivrance a montré l'existence des lésions macroscopiques de l'endométrite, placenta bordé, placenta « Chateaubriand », épaissement de la caduque.

Dans l'évolution de la gestation, nous relevons 6 avortements et 2 accouchements prématurés (obs. 764 et 1572).

Les avortements ont eu lieu entre le 5^e et le 6^e mois dans 5 cas (obs. 341, 590, 867, 874, 2208). Dans le 6^e cas, au 3^e mois (obs. 1267 bis).

Dans tous ces cas, l'accouchement a été spontané et les suites de couches normales.

D. — *Rétroversion de l'utérus gravide*

2 observations

N^{os} 1837, 1915.

Dans ces 2 cas, il fallut intervenir pour réduire la rétroversion, celle-ci n'ayant pas tendance à se réduire spontanément.

(Obs. 1837) : femme opérée au 3^e mois, pour rétroversion de l'utérus, annexite, et appendicite. Accouchement à terme et délivrance normaux.

(Obs. 1915) : femme opérée au 3^e mois de sa gestation pour rétroversion utérine provoquant des troubles urinaires, accouchement à terme et délivrance normaux. Révision utérine pour rétention cotylédonaire.

II. ŒUF

A. — *Hydramnios*

7 observations.

N^{os} 132, 141, 527, 810, 1003, 1884, 2148.

Nous relevons d'abord trois cas à marche aiguë, ayant entraîné dans chaque cas l'avortement vers le 5^e mois de la gestation.

Obs. 132. — Avortement gémellaire au 5^e mois chez une primipare.

Obs. 141. — Avortement de 5 mois et demi chez une primipare. B.-W. = 00.

Obs. 2148. — Avortement gémellaire de 5 mois et demi chez une primipare. B.-W. = 00.

Les quatre autres cas à marche sub-aiguë ont entraîné dans tous les cas un accouchement prématuré.

Obs. 527. — Multipare. B.-W. négatif ainsi que chez le père. Accouchement prématuré au 7^e mois.

Obs. 1884. — Multipare. B.-W. négatif. Accouchement prématuré à 7 mois et demi. Hémorragies importante entre l'accouchement et la délivrance par défaut de contraction de l'utérus.

Obs. 810. — Multipare. Accouchement prématuré au 8^e mois. Hecht ++. Rétention fœtale.

Obs. 1003. — Primipare. Accouchement prématuré 8^e mois. Hecht ++. Rétention fœtale de trois semaines.

Dans tous ces cas, l'accouchement a été spontané avec présentation du sommet.

Résultats pour les enfants :

Trois avortements au 5^e mois.

Un enfant mort prématuré, présentant des malformations fœtales (obs. 527).

Deux enfants morts et macérés (obs. 810, 1003).

Un enfant vivant (obs. 1884), poids 2.430.

B. — *Gros œuf*

19 observations.

N^{os} 8, 450, 481, 663, 665, 676, 920, 1149, 1088, 1205, 1587, 1854, 1861, 1974, 2011, 2204, 2242, 2291, 2379.

Dans tous ces cas, il y avait gros enfant, gros placenta et excès de liquide.

11 réactions de Hecht ont été pratiquées chez les mères et ont été 9 fois *négatives* et 2 fois *positives*.

Résultats pour les enfants :

4 enfants morts : obs. 663. Forceps en O S. Enfant ne pouvant être ranimé.

1974. Acc. prématuré. Femme traitée pour Σ.

2204. Grande extraction de siège. Forceps sur tête derrière.

2379. Forceps.

15 enfants vivants dont un (obs. 2242) avec pied bot varus gauche.

Trois de ces enfants ont été dès leur naissance mis au traitement anti-syphilitique.

C. — *Insertion du placenta sur le segment inférieur*
20 observations

N^{os} 207, 410, 916, 976, 985, 1027, 1043, 1077, 1105, 1368, 1592, 1609, 1658, 1674, 1954, 2017, 2097, 2326, 2380, 2428.

a) Dans un premier chapitre, nous ne mentionnons que pour mémoire *sept cas* n'ayant amené aucune complication ni pendant la gestation, ni pendant le travail, et qui n'ont été reconnus que par suite de la mensuration des membranes. (Obs. 916, 976, 985, 1027, 1592, 1609, 1674).

b) Dans un deuxième chapitre, nous citerons *sept autres cas* ayant entraîné des troubles soit pendant la gestation, soit pendant le travail.

(Obs. 207, 1043, 1077, 1368, 1954, 2380, 2428).

Pendant la gestation, nous relevons :

6 cas d'hémorragies ; 4 cas d'accouchements prématurés.

Pendant le travail :

7 cas d'hémorragies qui n'ont cessé soit par suite de la rupture artificielle ou de la rupture spontanée des membranes.

Pendant la délivrance :

3 cas d'hémorragies dont deux ont nécessité la délivrance artificielle (obs. 1043, 207).

Dans les suites de couches :

Un cas d'œdème de la jambe gauche. Guérison (obs. 207).

c) Dans un troisième chapitre, nous résumerons les six dernières observations, cas ayant donné lieu à des complications importantes.

Obs. 410. — II^e pare. 20 ans. Gestation de 8 mois. Deux hémorragies importantes au 7^e mois. Nouvelle hémorragie un mois après. Rupture artificielle des membranes. Pose d'un ballon de Champetier. L'hémorragie continue. Facies pâle. Pouls à 120. On pratique une transfusion de sang. Hystérectomie. Suites de couches normales. Guérison.

Obs. 1105. — I pare de 41 ans. Utérus fibromateux. Gestation à terme. Pertes de sang au 7^e mois. Nouvelles pertes de sang près du terme et au début du travail. Césarienne. Enfant vivant, 4.170 gr. Placenta, 870. Suites normales.

Obs. 1658. — VII pare. 46 ans. Myocardite Σ . Pas de signes de décompensation pendant cette gestation. A perdu assez abondamment du sang deux fois au 6^e mois. Ne perd pas pendant le travail.

Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 3.280 gr. Petite hémorragie de 150 gr. environ entre l'accouchement et la délivrance. Délivrance naturelle et complète. Après la délivrance, hémorragies répétées. Utérus mou. Sérum. Transfusion 250 gr. de sang. La femme meurt peu après.

Obs. 2017. — I pare de 21 ans. Gestation à terme. Pas de pertes sanguines pendant sa gestation. Hémorragies au début du travail. Rupture artificielle des membranes. Col très épais dilatable comme 2 fr. Membranes rompues depuis 20

heures. Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Enfant mort depuis 17 heures. Suites normales.

Obs. 2097. — II gesté, 33 ans. Entre à la clinique avec présentation transversale, irréductible. Pas d'hémorragies pendant sa gestation. Près du terme, hémorragie brusque de 750 gr. environ. Césarienne basse. Enfant vivant pesant 3.380 gr. Placenta 650 gr. Suites opératoires bonnes.

Obs. 2326. — VII^e geste de 35 ans. Gestation de 6 mois environ. Métrorragies abondantes depuis le 4^e mois. Début du travail à 6 mois de gestation avec des métrorragies de plus en plus abondantes et répétées. Arrive à la clinique à dilatation petite paume dans un état d'anémie intense. Rupture artificielle des membranes. Expulsion spontanée d'un fœtus mort, poids 1120. Délivrance naturelle et complète sans hémorragie. Puis de nouveau métrorragies avec pouls à 130. Transfusion de sang citraté 200 cm³.

Mort de la femme une heure après.

III. ETATS PATHOLOGIQUES GRAVIDIQUES

A. — Vomissements graves

7 observations de cas ayant nécessité l'avortement thérapeutique après échec du traitement médical (isolement, chloral, sérum glucosé).

N^{os} 76, 400, 415, 816, 1044, 1062 bis, 2062 bis.

Obs. 76. — I pare, début des vomissements au 2^e mois entre à la clinique en état de déshydratation, oligurie, pouls dépasse 100, instable, monte à 128, évacuation de l'utérus après posé de laminaires n^o 22, bougies d'Hégar jusqu'au 18, curet-

tage et écouvillonnage, mèche iodée retirée 8 heures après. Guérison, sort 5 jours après.

Obs. 400. — II pare, 25 ans, un avortement thérapeutique antérieur pour vomissements, commence à vomir à 1 mois. Premier séjour à la clinique de 4 jours pendant lesquels amélioration. Revient 12 jours après très amaigrie, vomissant abondamment, urinant peu, avec un pouls à 104 et une tension artérielle à 11-9 au Pachon, oscillations faibles. Ptyalisme positif. Acétonurie. Pose de lamineires n° 23, dilatation aux bougies Hégar jusqu'au 19, curettage. Le surlendemain, vomissement = 0, pouls à 88, guérison le 7^e jour.

Obs. 415. — I pare, 28 ans, vomit dès le début de sa gestation. Entre à 2 mois, ayant maigri, urinant peu, vomit tout. Agitation marquée, pouls à 110, instable, lamineires n° 23. Dilatation aux bougies d'Hégar jusqu'au 19. Curettage et guérison.

Obs. 816. — II pare, 38 ans, avait vomi abondamment à son premier accouchement mené à terme. Vomissements à 1 mois, entre à la clinique à 3 mois, prostrée, vomit tout, pouls à 120, lamineires n° 26, curettage, suites subfébriles, les vomissements cessent mais le pouls ne redescend que très lentement. Sort le 22^e jour, guérison.

Obs. 1044. — I pare, 18 ans, vomit dès le début de sa gestation, maigrit, entre à 2 mois, mauvais état général, subictère, pouls à 120 instable, tension artérielle au Pachon 15/9, oscillations presque nulles. Avortement thérapeutique, curettage. Ne vomit plus mais le pouls reste aux environs de 100, sort sur sa demande le 10^e jour.

Obs. 1062 bis. — III pare ; deux gestations antérieures sans vomissement. Vomit dès le début. Le traitement médical ne l'améliore pas, elle entre à la clinique à 2 mois, amaigrie,

subictérique, pouls instable à 120, tension artérielle à 10. 1/2 — 7. 1/2 au Vaquez.

Asthénie, délire, lamineires n° 25, bougies d'Hégar jusqu'au n° 20. Guérison mais persistance de pouls rapide.

Obs. 2062 bis. — II père, 21 ans, commence à vomir à 2 mois, est amenée à 4 mois et demi de gestation ayant un état général très mauvais, amaigrissement très marqué, délire, respiration de Küssmaül, syndrome méningé. Pouls à 170 mais réflexes normaux, pas de subictère. Lamineires, curettage après bougies d'Hégar. Les vomissements cessent, mais l'état général demeure mauvais, pouls à 170, délire. Malgré le traitement énergique, insuline et réalimentation, meurt le 3^e jour.

Résultats : Mortalité : 1 cas.

B. — Albuminurie de la gestation

124 observations

N^{os} 17, 24, 25, 30, 31, 41, 48, 49, 70, 75, 77, 103, 123, 151, 155, 159, 181, 182, 232, 247, 260 bis, 262, 281, 286, 288, 294, 323, 326, 335, 406, 422, 440, 448, 456, 460, 464, 494, 511, 520, 523, 527, 538, 571, 617, 627, 651, 665, 718, 738, 741, 752, 787, 789, 817, 875, 881, 883, 951, 966, 1048, 1050, 1053, 1061, 1077, 1082, 1095, 1097, 1111, 1145, 1146, 1159, 1185, 1208, 1212, 1265, 1361, 1391, 1396, 1421, 1430, 1471, 1472, 1623, 1693, 1740, 1746, 1769, 1783, 1784, 1791, 1799, 1813, 1834, 1861, 1862, 1870, 1871, 1917, 1926, 1941, 1938, 1949, 1970, 1992, 1992, 2015, 2040, 2044, 2091, 2122, 2164, 2167, 2228, 2260, 2280, 2302, 2390, 2397, 2404, 2406, 2407, 2408, 2413, 2414.

Tous ces cas ont été constatés par la consultation des femmes enceintes ou pendant l'hospitalisation des femmes.

25 fois, on n'a pu savoir la date d'apparition de l'albuminurie.

37 fois, elle est apparue au cours de la gestation sans qu'on puisse préciser à quel terme.

22 fois, on l'a constatée à la fin de la gestation (9^e mois).

16 fois au cours du 8^e mois.

10 fois au cours du 7^e mois.

5 fois au cours des 5^e et 6^e mois.

9 fois au cours du travail seulement.

Outre l'albuminurie, on a constaté comme autres signes :

19 fois des œdèmes périphériques.

10 fois de la céphalée, 4 fois des troubles oculaires.

3 fois il y eut hémorragie rétro-placentaire.

3 fois on constate des crises d'éclampsie convulsive.

2 fois des épistaxis, 2 fois de l'azotémie.

19 fois la tension artérielle maxima prise avec l'appareil de Vaquez Laubry, dépassait le chiffre de 16. 2 fois on fit une saignée.

Il y avait : 4 gestations gémellaires et 120 gestations simples.

Ces 124 cas donnèrent :

3 avortements (obs. 617, 817, 966).

6 états de rétention (obs. 2397, 460, 123, 1391, 1421, 1938).

14 accouchements prématurés.

94 accouchements à terme, spontanés.

2 applications de forceps (obs. 464, 335).

2 extractions de siège pour souffrance fœtale.

1 opération césarienne pour bassin rétréci.

1 basiotripsie (obs. 30), gros œuf (rupture des membranes 4 jours avant le travail).

Dans 1 cas, on provoqua l'accouchement au 7^e mois chez une femme ayant 2 grammes d'albumine, 1 gr. 75 d'urée sanguine, et présentant des signes d'insuffisance hépatique (obs. 151).

Dans 18 cas, l'examen du placenta a montré l'existence d'infarctus anciens ou récents, et dans 2 cas la présence d'un hématome rétro-placentaire sans histoire clinique.

RÉSULTATS :

107 enfants sortis vivants (24 au-dessous de 2.500 gr., 43 de 2.500 à 3.250 et 40 au-dessus de 3.250).

17 enfants morts, dont 3 avortements, 6 états de rétention, 1 basiotripsie et 7 prématurés.

C. — *Eclampsie convulsive*

5 observations

N^{os} 260 bis, 966, 1061, 1949, 2201.

Obs. 260 bis. — I pare, 24 ans, sans antécédent pathologique. Albuminurie apparue au 8^e mois de la gestation, sans autre symptôme qu'un œdème des membres et des paupières. Accouchement spontané à 8 mois et demi, chez elle, d'un enfant de 1.920 gr. Crise d'éclampsie 10 minutes après. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. A l'entrée à la clinique 1 heure et demi après : T. A. au Vaquez : 10 1/2 — 7 1/2. Plus de crise ; l'albuminurie disparaît en 8 jours. Enfant mort à 2 jours.

Obs. 966. — I pare, 23 ans, sans antécédent pathologique, gestation normale jusqu'à 6 mois et demi ; à ce terme, crises d'éclampsie ; albuminurie abondante (8 gr.), légère hypertension. 3 saignées sont faites à la clinique, en 4 jours. Expulsion d'un fœtus de 1.150 gr., mort depuis 6 jours environ. L'albuminurie diminue, la tension artérielle redevient normale ; seule la céphalée persiste. Placenta bourré d'infarctus (plus de la moitié de sa surface totale).

Obs. 1061. — II geste de 24 ans (un avortement à 2 mois et demi), gestation absolument normale. Entre à la clinique au terme de 7 mois, en pleine crise d'éclampsie. Albuminurie massive, T. A. au Pachon : 21-10. Agitation extrême, saignée de 650 grammes, lavement au chloral, purgation drastique. Malgré tout, 4 nouvelles crises se produisent en 9 heures. Accouchement spontané, au bout de ce temps, d'un enfant mort depuis peu et pesant 1.780 gr. Délivrance naturelle. La T. A. descend progressivement, mais 4 nouvelles crises se produisent en 1 heure et la malade entre dans le coma. T. A. : 10/7. Mort 7 heures après la dernière crise. Placenta présentant 2 infarctus blancs.

Obs. 1949. — I pare, 27 ans. Aucune maladie. Gestation absolument normale, suivie dans une maison d'accouchement : jamais d'albuminurie. Au voisinage du terme, crise d'éclampsie brutale ; saignée ; entre à la clinique dans le coma, albu-

minurie massive ; T. A. : 13-9. A Baudelocqué, la femme fait 3 crises en 6 heures, avant tout début de travail ; on la saigne 2 fois, on la purge et on fait des lavements de chloral. 2 heures après la dernière crise convulsive, le travail commence et la femme expulse, au bout de 19 heures, un enfant vivant, pesant 3.080 gr. 4^e crise entre l'accouchement et la délivrance. Placenta normal. Suites de couches sans incidents, l'albuminurie disparaît.

Obs. 2201. — I pare, 24 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Gestation bien supportée. Au 7^e mois, céphalée, troubles de la vue, 8 crises convulsives chez elle ; on l'amène à la clinique dans le coma. T. A. : 10/6. Albumine : 0 gr. 25. Reste dans un état semi-comateux pendant 4 jours ; apparition de subictère conjonctival. Au 5^e jour : 3 crises d'éclampsies subites à 10 minutes d'intervalle ; saignée de 400 gr., lavement de chloral. Etat comateux ; réflexes abolis. T. A. : 8-5. Le travail se déclenche 9 heures après les crises convulsives et se termine 6 heures plus tard par une application de forceps en O. P. Extraction d'un prématuré de 1.980 gr. qui meurt le 3^e jour. Suites normales.

Résultats : Mortalité maternelle : 1 cas.

Mortalité infantile : 4 cas.

D. — Hémorragies rétro-placentaires

4 observations

Obs. 70. — IV^e geste, 24 ans. Gestation sans incident. Hémorragie rétro-placentaire au début du travail : on constate pour la première fois l'albuminurie (en abondance). T. A. Vaquez = 11/7. Enfant mort. Insertion basse du placenta. Accouchement spontané. Délivrance naturelle : gros caillot, pas d'infarctus.

Obs. 617. — V^e gest. 26 ans. Deux accouchements prématurés, 1 avortement, 1 accouchement normal. Albuminurie

constatée au 5^e mois. OEdèmes, troubles oculaires, barre épigastrique, céphalée. T. A.; Vaquez = 18 — 10 $\frac{1}{2}$, 2 saignées. Avortement à 6 mois, d'un enfant mort depuis quelques jours. Hématome rétro-placentaire. Infarctus blancs.

Obs. 1146. — I. P., 28 ans. Chorée au 3^e mois de la gestation, soignée à Cochin. Passée à la clinique au 7^e mois pour albuminurie massive avec hypertension (21-17 au Vaquez), saignée de 200 cc. Hémorragie rétro-placentaire avant le travail. Rupture artificielle des membranes au début de la dilatation. Accouchement spontané d'un fœtus mort pesant 840 gr. Délivrance spontanée : deux foyers hémorragiques (170 gr. de caillots). T. A. après l'accouchement : 13-9. Suites normales.

Obs. 1871. — IV^e gest. 30 ans. 1 avortement, 2 accouchements à terme, 1 enfant mort. Pas d'antécédents pathologiques. Gestation normale. Hémorragie rétro-placentaire à 8 mois et demi ; on constate alors une albuminurie légère. T. A. au Vaquez : 11-8. Le travail se déclanche aussitôt et la femme expulse spontanément en 6 heures et demie un enfant mort depuis peu, se présentant par le siège, ayant un gros foie. Poids : 2.350 gr. Délivrance naturelle ; placenta de 420 gr., présentant un gros infarctus blanc intracotylédonaire, un infarctus noir, et une surface déprimée occupant le tiers de la surface placentaire, recouverte de caillots. Suites normales : l'albuminurie disparaît ; la tension reste normale.

IV. — ETATS PATHOLOGIQUES GÉNÉRAUX

A. — *Syphilis*

155 observations

a). 54 observations avec séro-réaction positive pendant la gestation ou antérieurement :

N^{os} 80, 100, 126, 172, 206, 208, 221, 241, 315, 318, 321, 343, 433, 445, 469, 491, 503, 513, 752, 766, 773, 777, 810, 840, 874, 890, 915, 979, 988, 1003, 1037, 1115, 1134, 1154, 1205, 1206, 1225, 1305, 1318, 1346, 1406, 1410, 1411, 1474, 1587, 1604, 2139, 2149, 2231, 2275, 2327, 2334, 2356, 2429.

1) Dans 32 cas, les femmes n'avaient reçus aucun traitement ou avaient été insuffisamment traitées.

Dans ce groupe, nous constatons :

5 avortements, 9 accouchements prématurés, 3 états de rétention, 15 accouchements à terme.

RÉSULTATS : 21 enfants sortis vivants.

2) Dans 22 cas, le traitement anti-syphilitique avait été appliqué d'une façon suffisante, et nous trouvons :

1 accouchement prématuré.

21 accouchements à terme dont :

1 enfant pesant 2.320 gr.

3 enfants pesant entre 2.500 et 3.250 gr.

17 enfants pesant plus de 3.250 gr.

RÉSULTATS : 21 enfants sortis vivants.

Tous ces enfants ont été soumis dès leur naissance au traitement antisiphilitique : frictions mercurielles, puis injections sous-cutanées de sulfarsénol.

Dans 21 cas, il a été possible de déterminer à quelle époque remontait la syphilis :

1) Parmi les femmes non traitées ou insuffisamment :

a) *Syphilis congénitale* : 3.

RÉSULTATS : 2 prématurés macérés.

1 enfant à terme de 2.650 gr.

b) *Syphilis ancienne* : 1.

RÉSULTATS : 1 avortement.

c) *Syphilis récente* : 8.

RÉSULTATS : 1 macéré.

1 avortement.

2 prématurés.

4 enfants à terme (2 de moins
de 2.500, 2 de plus de 3.000).

2) Parmi les femmes ayant reçu un traitement
suffisant :

a) *Syphilis congénitale* : 2.

RÉSULTATS : 1 prématuré.

1 enfant de 3.300 gr.

b) *Syphilis ancienne* : 2.

RÉSULTATS : 2 enfants à terme (2.900 et
3.230 gr.)

c) *Syphilis récente* : 5.

RÉSULTATS : 1 enfant mort pendant le tra-
vail, 2 enfants de moins de
3.000 gr., 2 enfants de plus de
3.500 gr.)

b) Dans 101 cas, la réaction de Hecht a été négative, mais les antécédents ou la clinique commandaient l'institution d'un traitement antisyphilitique pour la mère ou pour l'enfant.

Obs. 43, 83, 158, 159, 164, 184, 196, 211, 281, 298, 310, 359, 384, 409, 423, 493, 544, 547, 570, 592, 610, 615, 647, 698, 707, 745, 758, 760, 814, 827, 842, 856, 877, 883, 928, 936, 938, 947, 964, 977, 982, 1016, 1019, 1026, 1073, 1079, 1094, 1099, 11137, 1199, 1203, 1213, 1214, 1256, 1266, 1390, 1398, 1547, 1561, 1600, 1653, 1648, 1658, 1670, 1671, 1672, 1677, 1678, 1700, 1776, 1787, 1799, 1800, 1802, 1812, 1823, 1830, 1839, 1857, 1864, 1866, 1920, 1938, 1965, 1974, 2000, 2001, 2006, 2044, 2047, 2058, 2091, 2109, 2110, 2166, 2210, 2212, 2228, 2276, 2280, 2374.

1) Dans 31 cas, les femmes n'avaient reçu aucun traitement ou bien avaient été incomplètement traitées ; dans ce groupe, nous constatons :

2 avortements, 3 gémellaires unichoriales, 3 prématurés, 23 accouchements à terme, dont : 9 enfants entre 2.500 gr. et 3.250 gr. et 14 au-dessus de 3.250 gr.

22 de ces enfants ont été soumis dès leur naissance au traitement antisyphilitique.

RÉSULTATS : 2 enfants morts pendant le séjour à la clinique.

30 enfants sortis vivants (dont 6 jumeaux).

2) Dans 70 cas, les femmes avaient reçu un traitement suffisant.

Dans ce groupe, nous constatons :

64 accouchements à terme, dont :

40 enfants au-dessus de 3.250 gr.;

22 enfants entre 2.500 et 3.250 gr.;

2 enfants au-dessous et 2.500 gr.

5 accouchements prématurés.

1 accouchement gémellaire unichorial.

47 de ces enfants ont été soumis au traitement antisyphilitique.

RÉSULTATS :

67 enfants sortis vivants.

4 enfants morts : 2 prématurés de 1450 gr. et 1250 gr. ; 1 macéré ; 1 enfant mort pendant le travail.

B. — Tuberculose

133 observations

a) Dans un premier groupe, nous comprenons 75 observations de femmes ayant une expectoration bacillifère au cours de leur gestation.

N^{os} 22, 44, 51, 52, 94, 200, 204, 235, 237, 240, 244, 261, 268, 291, 334, 407, 429, 457, 474, 512, 578, 541, 588, 666, 691, 695, 698, 759 bis, 770, 797, 801, 826, 862, 882, 886, 903, 921, 944, 986, 1057, 1103 ter, 1104, 1106, 1167, 1234, 1250, 1246, 1271, 1227, 1343, 1356, 1374, 1461, 1467, 1473, 1549,

1565, 1665, 1684, 1725, 1732, 1895, 1933, 2005, 2048, 2071, 2075, 2077, 2083, 2090, 2214, 2262, 2278, 2387, 2420.

Dans 9 cas, on avait fait un pneumothorax artificiel :

4 fois à gauche (observations 457-770-882-1356).

4 fois à droite (observations 235-246, 240-1250).

1 fois bilatéral, 1104.

Dans ces cas de pneumothorax l'accouchement s'est fait à terme spontanément toutes les fois.

— Dans les cas sans pneumothorax il y eut 19 accouchements prématurés : N^{os} 204, 261, 268, 407, 695, 698, 770, 801, 826, 886, 903, 1234, 1246, 1467, 1549, 1555, 1684, 1725, 1772 (avortement (N^o 2262).

1 forceps sans fatigue pour la mère (n^o 94).

b) Dans un second groupe, nous mettons 58 observations de femmes ayant une expectoration nulle non bacillifère, ou n'ayant pu être analysée.

N^{os} 47, 72, 107, 117, 131, 139, 214, 246, 259, 368, 402, 458, 505, 514, 523, 546, 576, 598, 385, 783, 906, 913, 930, 1060, 1073, 1096, 1108, 1152, 1186, 1224, 1229, 1231, 1253, 1558, 1563, 1578, 1596, 1607, 1770, 1767, 1780, 1788, 1803, 1836, 1890, 1864, 1874, 1820, 1835, 2029, 2094, 2106, 2139, 2145, 2263, 2274, 2353.

Dans 17 cas, on avait fait un pneumothorax artificiel :

9 fois à gauche (obs. 117, 139, 214, 385, 598, 1243, 1253, 1607, 1855).

8 fois à droite (obs. 87, 246, 576, 1108, 2077, 2106, 2263, 2270).

Parmi ces femmes, on a :

1 gémellaire (obs. 1250).

2 accouchements prématurés (246 et 1253).

14 accouchements à terme normaux.

Dans les cas sans pneumothorax, nous notons :

1 avortement (n° 1596).

4 accouchements prématurés (n°s 107, 1327, 1836, 1890).

1 opération césarienne pour kyste prævia (n° 402).

Tous les autres cas concernent des accouchements spontanés à terme.

Dès leur admission, les femmes sont hospitalisées dans un pavillon spécial le Pavillon Tarnier, réservé aux tuberculeuses et composé de chambres isolées les unes des autres dans lesquelles a lieu l'accouchement. Dès la naissance l'enfant est séparé de sa mère et mis en surveillance dans une crèche du Service général réservée à ces enfants ; il est placé ensuite à la campagne en particulier par l'œuvre du Placement familial des Tout petits.

A la sortie, les mères sont dirigées sur le Dispensaire Léon Bourgeois ou sur les dispensaires où elles étaient antérieurement surveillées.

RÉSULTATS :

Enfants : 132.

27 dont le poids est inférieur à 2.500 gr.

65 dont le poids est compris entre 2.500 et 3.250 gr.

40 dont le poids est d'au moins 3.250 gr.

Mortalité : 11.

Pendant la gestation : 2 (obs. 204 (5^e mois), 268).

Au moment de l'accouchement : 4 (obs. 107, 261, 698, 801).

Durant le 1^{er} mois : 5 (obs. 131, 913, 1246, 1549, 1558).

Mortalité maternelle : 8.

6 mortes de tuberculose au cours du 1^{er} mois des suites de couches (obs. 107, 204, 457, 1246, 1558).

1 morte de méningite tuberculeuse.

1 morte de tuberculose rénale.

C. — *Pleurésie et péritonite purulente*

1 observation

Obs. 108. — I pare, 23 ans, entre au 7^e mois de son accouchement avec infection pleuro-pulmonaire droite, accouche spontanément d'un prématuré de 1.850 grammes qui meurt au bout de 24 heures.

Le 6^e jour après l'accouchement, constatation de pleurésie purulente droite à streptocoques et péritonite diffuse ; laparotomie, drainage ; morte le lendemain.

D. — Pyélonéphrite

18 cas tous constatés au cours de la gestation, le colibacille a été constaté 12 fois dans les urines.

Nous distinguerons une forme apyrétique et une forme fébrile.

a) *Forme apyrétique* : 16 observations.

N^{os} 31, 69, 295, 440, 788, 803, 821, 1301, 1360, 1385, 1402, 1429, 1818, 1954, 2148, 2310.

10 primipares, 6 multipares.

La pyélonéphrite siégeait 7 fois à droite, 2 fois à gauche, 2 fois des deux côtés et 5 fois on n'a pu préciser le côté.

L'accouchement s'est fait spontanément dans tous les cas. A signaler : 1 accouchement prématuré et 1 avortement gémellaire à 6 mois.

Les enfants sont tous nés et sortis vivants de la clinique.

Les suites de couches ont été apyrétiques dans 15 cas, 1 fois seulement (obs. 440) il y eut une rechute après l'accouchement.

b) *Forme fébrile* : 2 observations.

N^{os} 152, 932.

2 primipares, colibacille en grande quantité. Les signes se sont manifestés au cours du 6^e et 7^e mois de la gestation. On a institué un traitement purement médical dans 1 cas, dans l'autre (obs. 932) on eut recours à la distension vésicale 3 fois répétée.

L'accouchement fut spontané à terme dans les 2 cas ; les enfants sont nés et sortis vivants.

Les symptômes de pyélonéphrite ont persisté dans les suites de couches pour l'observation 152.

E. — *Cardiopathies*

23 observations

10 cas de rétrécissement mitral pur (obs. 35, 97 bis, 195, 218, 608, 1028, 1334, 1765, 1809, 2298).

6 cas d'insuffisance mitrale (obs. 783, 934, 1801, 2039, 2268, 2417).

4 cas de maladie mitrale (obs. 136, 1212, 1384, 1869).

2 cas d'affection aortique (obs. 738, 764).

1 cas d'association de maladie mitrale avec un rétrécissement pulmonaire (obs. 1995).

Dans 17 cas la gestation était bien supportée et on n'a pas noté de signes d'aggravation de la cardiopathie.

Dans 4 cas, on a constaté des signes de décompensation qui n'ont pas persisté après l'accouchement.

Dans 2 cas des hémoptysies ont marqué l'évolution d'un rétrécissement mitral (obs. 1384, 2298).

L'albuminurie a été constatée 5 fois sans autre complication.

L'accouchement a eut lieu 1 fois à 6 mois (obs. 764, endométrite et enfant mort). 2 fois à 7 mois, 2

fois à 8 mois et 18 fois au voisinage du terme. On fit 4 fois une application de forceps, 3 préventives et 1 pour souffrance fœtale.

1 fois on assiste à des accidents de décompensation graves.

Obs. 136. — 1 père, 36 ans, maladie mitrale bien compensée avant la gestation, apparition de gros œdèmes de dyspnée, d'hépatomégalie, d'albuminurie au 5^e mois de la gestation. Deux séjours à la clinique au cours desquels on soumet la malade au traitement digitalique sans l'améliorer sensiblement. Accouchement prématuré à 8 mois, forceps ramenant un enfant vivant de 2.380 gr. Amélioration des signes de décompensation les premiers jours, puis apparition d'un épanchement de la base droite, ponctionnée le 13^e jour après l'accouchement. Pas d'amélioration, mort de la femme le lendemain.

F. — Appendicite

(Obs. 559 bis)

Appendicite aiguë opérée à 3 mois $1/2$ de gestation. Accouchement spontané prématuré à 6 mois $1/2$ d'un enfant pesant 1.770 gr. qui meurt le 4^e jour.

G. — Chorée

1 observation

(Obs. 1146) (voir hémorragie rétro-placentaire).

H. — *Néphrite chronique*

3 observations

N^{os} 151, 448, 1111.

Dans 1 cas (obs. 1111) il y avait hypertension avec albuminurie T. A. 24/15.

Dans les 2 autres cas il y avait associée à l'albuminurie une azotémie assez importante (1 gr. 75 et 2 gr. 20 d'urée dans le sang), mais pas d'hypertension.

Les 3 accouchements ont eu lieu prématurément donnant naissance à des enfants de 1.720 gr., 1.300 gr. et 2.400 gr.

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 448) petits signes d'urémie, morte le 15^e jour après l'accouchement.

Mortalité fœtale : 2.

V

Complications de la Parturition

1°) CLOISONNEMENT DU VAGIN

3 observations

Obs. 1463. — I pare, 24 ans. Bride vaginale s'étendant depuis quelques centimètres de l'orifice vulvaire jusqu'au col utérin. Ne gêne pas la dilatation ni l'exploration. Section entre deux pinces à dilatation complète. Suture au catgut. Accouchement spontané 1 heure après, d'un siège décomplété.

Obs. 1756. — I pare, 21 ans. Cloison vaginale antéro-postérieure séparant les deux orifices d'un seul col utérin et partageant le vagin sagittalement. Section et ligature à 5 francs de dilatation. Expulsion spontanée du fœtus une heure après.

Obs. 580. — I pare, 27 ans. Utérus et vagin doubles : utérus gauche non gravide, vagin gauche petit (un seul doigt y pénètre). Utérus droit gravide, vagin droit large (admet deux doigts). Aucune communication.

Accouchement spontané d'un siège complet pesant 1.750 gr. : la cloison vaginale se désinsère partiellement à sa partie antérieure pendant l'expulsion.

2°) ANOMALIES DE LA DILATATION

a) *Anomalies survenues au cours du travail :*

2 cas d'agglutination du col (obs. 19 et 299) tous deux terminés par un accouchement spontané (le 1^{er} après dilatation digitale jusqu'à 5 fr.).

7 cas d'œdème du col (obs. 118, 1490, 1516, 1782, 1788, 2015, 2052).

Dans 1 cas (obs. 118) l'accouchement s'est terminé spontanément après un travail de 73 h. 30.

Dans 1 cas (obs. 1788) on dut faire une application de forceps après 141 h. 15 de dilatation.

Dans 3 cas (obs. 1490, 1516, 1782) on dut recourir aux incisions du col pour souffrance fœtale et faire aussitôt une application de forceps.

Dans 1 cas d'œdème infectieux chez une grande multipale IX geste on pratiqua une césarienne suivie d'hystérectomie (obs. 2015).

Dans 1 cas, où l'enfant était mort depuis plusieurs heures, on fit une basiotripsie (obs. 2052).

RÉSULTATS :

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 2015).

Mortalité fœtale : 2 cas (obs. 1490 mort-né, 2052 macéré).

b) *Sténose du col :*

1 seul cas reconnaissant comme cause une cautérisation antérieure par le caustique de Filhos pour métrite cervicale chronique (obs. 1475). La dilatation est demeurée stationnaire à 2 fr. pendant 12 heures. On a fait une opération césarienne basse (voir césarienne). enfant vivant 3 kg. 900.

3°) PROCIDENCES

A. — *Procidence du cordon*

15 observations

La procidence a été constatée avec présentation du sommet 7 fois ; avec présentation du siège 8 fois.

a) *Procidence du cordon avec présentation du sommet.*

(Obs. 783, 941, 995, 1075, 2185, 2315, 2401).

1 fois il y avait une viciation pelvienne (promontoire à bout de doigt (obs. 783).

1 fois la tête n'était pas engagée au moment de la rupture de la poche des eaux (obs. 941).

1 fois l'obliquité de l'utérus était la cause d'une mauvaise adaptation de la tête fœtale (obs. 2315). On a constaté la procidence :

3 fois à l'arrivée de la femme à la clinique, l'accident s'étant produit en ville (obs. 1075, 2185, 2315)

1 fois au moment d'appliquer le forceps pour souffrance fœtale (latérocidence, obs. 783).

1 fois au moment où l'on rompait artificiellement les membranes (obs. 941).

2 fois à la rupture spontanée de la poche des eaux (obs. 995 et 2401).

Dans 3 cas (les trois cas venus de ville), l'accouchement se fit spontanément. Résultats : 3 enfants morts à l'arrivée.

Dans 1 cas (obs. 6941) on fit une version qui ramena un enfant vivant.

Dans 2 cas (783 et 2401) on fit, sans tarder, une application de forceps qui amena un enfant vivant.

Dans 1 cas (obs. 995) où l'on pratiqua la réduction et où l'accouchement se fit spontanément on ne put ranimer l'enfant. Résultats :

4 enfants morts dont 3 à l'arrivée à la clinique et 3 enfants vivants.

b) *Procidence avec présentation du siège :*

8 observations : N° 322, 447, 608, 764, 881, 1031, 1102, 1983.

1 fois (obs. 322), l'accouchement se fit spontanément.

1 fois (obs. 764) on pratiqua l'abaissement du pied pour lenteur de la dilatation.

6 fois on fit une grande extraction du siège dont 2 fois (obs. 1102 et 1983) sur le premier jumeau

d'une gémellaire. Résultats : 5 enfants morts. 3 enfants vivants (obs. 881, 1031, 1102).

B. — *Procidence des membres*

3 observations

Dans 1 cas (obs. 57) il s'agissait du deuxième fœtus d'une gémellaire avec procidence d'un bras et du cordon. On fit une version.

Dans 1 cas (obs. 228) on réduisit manuellement une procidence d'un membre supérieur, d'un membre inférieur et du cordon, l'enfant étant mort. On tenta une basiotripsie sans succès ; on termine par une césarienne suivie d'hystérectomie. (Voir césarienne suivie d'hystérectomie). Mort de la mère au 5^e jour.

Dans 1 cas (obs. 2122), on pratique la reposition d'un membre inférieur et du cordon ; l'accouchement se fit spontanément.

4°) VICIATIONS PELVIENNES

A. — *Bassins rachitiques*

73 observations

Nous divisons ces bassins en 3 catégories.

1) *Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 9 cm. 5.*

3 observations (n^{os} 701, 753, 1138).

3 opérations césariennes conservatrices :

2 classiques, itératives.

1 basse chez une primipare (n° 1138).

RÉSULTATS : 3 mères et enfants sortis vivants.

2) Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est également supérieur à 10 cm. 5.

42 observations

N^{os} 3, 9, 19, 33, 78, 83, 118, 213, 430, 469, 486, 490, 626, 818, 846, 865, 891, 1216, 1331, 1363, 1370, 1426, 1509, 1680, 1701, 1707, 1764, 1787, 1802, 1815, 1878, 1948, 1958, 2044, 2092, 2096, 2163, 2167, 2173, 2267, 2321, 2334.

26 accouchements spontanés dont 2 sièges (n^{os} 2163 et 2267).

7 applications de forceps dans l'excavation sur des enfants de plus de 3.200 gr., après un travail très long (de 23 à 84 h.).

N^{os} 486, 490, 846, 865, 1509, 1958 (face) et 2173 (après incisions du col).

9 opérations césariennes conservatrices :

2 classiques (n^{os} 1216 et 1815).

6 basses après épreuve du travail variant entre 12 et 36 heures.

(N^{os} 3, 33, 213, 626, 1363, 1701).

1 basse itérative.

RÉSULTATS :

1 femme morte de péritonite par infection puerpérale (accouchement spont. en 12 h. 15) n° 1370.

Mortalité foetale : 0.

3) Bassins dont le diamètre P. s. P. est compris entre 9,5 et 10,5.

28 observations

— 7 accouchements spontanés au voisinage du terme.

— 1 application de forceps après 18 h. 30 de travail sur un enfant de 3.480 (n° 1432).

— 1 basiotripsie (œuf infecté, enfant mort) (n° 482).

— 19 interventions abdominales :

5 césariennes classiques conservatrices.

(N^{os} 98, 305 (itératives) et 690, 997, 1528).

13 césariennes basses conservatrices.

(N^{os} 983, 1413, 2119 (itératives) et 362, 431, 1357, 1739, 1924, 2050, 2137, 2226, 2253, 2270).

1 césarienne haute mutilatrice (N° 1794).

RÉSULTATS :

1 enfant mort (basiotripsie).

1 femme morte en 48 h. de péritonite (césarienne basse, 2 h. 1/2 après la dilatation complète, membranes rompues depuis 39 heures (n° 2226).

B. — *Luxation congénitale de la hanche*

20 observations

10 luxations unilatérales (7 droites), (N^{os} 671, 910, 1232, 1660, 1840, 1894, 2051).

3 gauches (n^{os} 1127, 1271, 2160).

10 luxations bilatérales (n^{os} 194, 653, 854, 1531, 1539, 1642, 1712, 1832, 1839, 2415).

18 accouchements spontanés, dont 2 présentations du siège décomplété (n^{os} 194 et 2415).

1 application de forceps après 38 h. de travail chez une femme ayant un promontoire accessible à bout de doigt (n^o 854).

1 opération césarienne basse conservatrice chez une femme dont le P. s. P. mesure 10 cm. 8 (tête qui déborde ; placenta bas) (n^o 1839).

RÉSULTATS : 1 femme morte de péritonite (n^o 2160) (acc. spont. en 3 h. 45).

Mortalité foetale : 0.

C. — *Coxalgie*

7 observations

5 coxalgies unilatérales : gauches (n^{os} 1092, 1236, 2312) ; droites (n^{os} 1478, 1545).

2 coxalgies bilatérales (n^{os} 704, 1260).

6 accouchements spontanés, dont 2 (n^{os} 704 et 1260), en position « à l'anglaise ».

1 opération césarienne classique (n° 1545 : rachisme surajouté, luxation droite ; bassin asymétrique).

RÉSULTATS : 7 mères et enfants sortis vivants.

D. — *Bassins cyphotiques, cypho-scoliotiques, scoliotiques*

14 observations

(N°s 466, 470, 632, 847, 980, 996, 1086, 1140, 1280, 1786, 2224, 2261, 2283, 2309).

9 accouchements spontanés.

5 interventions abdominales :

3 césariennes itératives :

2 conservatrices (n°s 847 et 1140).

1 mutilatrice (n° 470).

1 césarienne haute mutilatrice chez une primipare ayant un bassin en entonnoir avec bi-ischiatique de 6 cm. 5, P. s. P à 11 cm. (n° 1280).

1 césarienne basse conservatrice après épreuve du travail de 25 heures (n° 2224).

RÉSULTATS : 14 mères et enfants vivants.

E. — *Autres causes de viciation pelvienne*

1 cas de paralysie infantile avec atrophie totale du membre inférieur droit (n° 684).

1 cas de raccourcissement du membre inférieur droit par résection du genou (n° 1176).

1 cas de raccourcissement de la jambe droite ayant déterminé un aplatissement du bassin (n° 1285).

2 cas de rétrécissement du détroit inférieur sans atteinte vertébrale patente (n°s 1234 et 2016).

4 accouchements spontanés.

1 application de forceps : bi-ischiatique : 8-5 (n° 2016).

RÉSULTATS : 5 mères et enfants vivants.

5°) RUPTURE UTÉRINE

2 observations

N° 851 bis. — Femme accouchée en ville par version pour présentation transversale. Déchirure du bord gauche du col remontant au delà de l'insertion vaginale. Hystérectomie supra-vaginale. Suture de la brèche cervicale. Sort guérie au bout d'un mois.

N° 1534. — Femme ayant subi en ville 3 tentatives infructueuses, d'application de forceps. Déchirure du col remontant au delà de l'insertion vaginale, sur toute la hauteur du segment inférieur. Hystérectomie supra-vaginale, après extraction d'un enfant mort trouvé au milieu des anses intestinales. Mort de la femme le lendemain.

(Voir : opérations au cours de la parturition).

6°) DÉCHIRURES IMPORTANTES DU PÉRINÉE

6 observations

3 déchirures complètes (obs. 1208, 2094, 2338).

3 déchirures avec atteinte partielle du sphincter (obs. 774, 1849, 2074).

4 de ces femmes accouchaient pour la première fois ; les 2 autres étaient des secondipares ayant eu à leur premier accouchement une déchirure périnéale.

Dans 4 cas, il s'agissait d'accouchements spontanés à terme par le sommet, d'enfants pesant respectivement : 3.930 gr., 3.300 gr., 3.280, 3.780 gr.

Dans 2 cas (obs. 1849 et 2074) il s'agissait de grande extraction du siège (enfants de 3.270 gr. et 3.800) ; dans un de ces cas, il y avait de l'œdème de la vulve chez une albuminurique.

VI

Complications de la Délivrance

HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE

63 observations

N^{os} 30, 50, 58, 115, 126, 134, 207, 231, 313, 317, 358, 361, 368, 411, 413, 428, 429, 447, 493, 610, 811, 822, 836, 897, 932, 1021, 1057, 1060, 1129, 1165, 1303, 1308, 1319, 1333, 1379, 1380, 1426, 1434, 1451, 1459, 1495, 1536, 1585, 1696, 1765, 1772, 1849, 1894, 1966, 1969, 2085, 2100, 2142, 2143, 2171, 2227, 2238, 2277, 2304, 2333, 2342, 2400, 2416.

L'hémorragie s'est produite 57 fois entre l'expulsion du fœtus et celle de la délivrance, 6 fois après la délivrance (obs. 493, 932, 1849, 2085, 2143, 2304).

35 fois, on fit une délivrance artificielle, une fois une révision utérine.

Dans 6 observations (obs. 30, 58, 134, 361, 368, 1434) il y avait eu intervention nécessitant l'anesthésie générale.

4 fois, il y avait adhérence anormale du placenta (obs. 358, 413, 1333, 1459).

3 fois, albuminurie de la gestation (obs. 429, 1765, 2416).

1 fois, gémellité avec non décollement des 2 placentas (obs. 313).

1 fois, insertion basse du placenta (obs. 207).

1 fois, malformation utérine (obs. 1319).

Enfin, chez 14 multipares, on a retrouvé dans les antécédents obstétricaux une hémorragie de la délivrance (obs. 610, 822, 1495, 2238, 2400) ou une délivrance artificielle.

[Obs. 126 (à 2 accouchements), 836, 897, 1060, 1129, 1585, 1894 (6 fois sur 13 gestations), 2333 (à 2 accouchements) et 2342].

Dans plus de la moitié des cas, on dut faire une injection de sérum physiologique ou glucosé.

2 fois on pratiqua la transfusion du sang (obs. 1165 et 1969).

Dans les suites de couches, nous relevons : 3 cas de phlegmatia (obs. 207, 493, 1772), 4 cas d'infection (obs. 134 et 2224 légère, 1966 et 2304 à allure septicémique).

2 cas où il se produisit, dans les semaines qui suivirent, une hémorragie secondaire (obs. 429 et 2333).

Mortalité : 0.

VII

Opérations

I. — *Gestation*

A. — *Avortements thérapeutiques*

9 observations

7 fois l'indication d'un avortement thérapeutique a été posé pour vomissements graves. Ceux-ci ont cessé après l'intervention et 6 femmes sont sorties guéries de la clinique (obs. 415, 816, 1044, 1062 bis, 76, 400) (voir vomissements graves, chap. III).

1 femme meurt trois jours après l'intervention (obs. 2062 bis).

2 fois il s'agissait d'hémorragie au cours des premiers mois de la gestation (obs. 1187 et 149 hématométrie) : 2 guérisons.

B. — *Opérations chirurgicales au cours de la gestation*

a) *Appendicectomie*..... 5 cas

(Obs. 234; 569) (voir kyste de l'ovaire).

(Obs. 1837) (voir rétroversion).

(Obs. 559 bis) (voir appendicite).

Obs. 600. — Opérée à 3 mois et demi de gestation, en province, avec le diagnostic de gestation ectopique non vérifiée. Appendicectomie, éventration au niveau de la cicatrice. Accouchement spontané à terme normal.

b) *Myomectomie*..... 1 cas

Obs. 215. — Ablation au 5^e mois de la gestation d'un fibrome gros comme une tête d'enfant de 4 mois, largement implanté sur le bord droit de l'utérus. Continuation de la gestation. Accouchement à terme par forceps d'un enfant vivant. Hémorragie de la délivrance.

s) *Kyste de l'ovaire*..... 4 cas

Obs. 234. — I pare, ablation d'un kyste de l'ovaire et de l'appendice au 2^e mois de la gestation. Accouchement spontané à terme.

Obs. 569. — I pare, ablation d'un kyste de l'ovaire et de l'appendice au 2^e mois de la gestation. Accouchement spontané à terme (siège décompleté).

Obs. 1230. — II pare, ablation d'un kyste parovarien gauche à 5 mois de la gestation. Albuminurie de la fin de la gestation. Accouchement spontané à terme.

Obs. 2397. — Opération d'urgence à 3 mois de gestation (gros kyste de l'ovaire gauche tordu deux fois). Guérison. A 8 mois mort du fœtus (femme hypertendue). Expulsion d'un macéré.

d) *Rétroversion de l'utérus gravide*..... 2 cas

Obs. 1837. — I gestation antérieure normale. Opérée au 3^e mois pour rétroversion, annexite, appendicite. Accouchement spontané à terme.

Obs. 1915. — Opérée au 3^e mois d'une rétroversion ayant déterminé des troubles urinaires. Accouchement spontané à terme.

II. — Parturition

A. — *Ballon Champetier de Ribes*

1 fois pour évacuer l'utérus à 4 mois pour hémorragie et infection de l'œuf (obs. 1084).

1 fois pour provoquer l'accouchement à 7 mois pour néphrite chronique avec azotémie (obs. 151).

1 fois pour réaliser l'hémostase au cours d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta (obs. 410).

1 fois pour accélérer le travail après rupture prématurée des membranes (obs. 1251).

1 fois dans une présentation de l'épaule avant de pratiquer une version par manœuvres internes (obs. 703).

B. — *Laparotomie et ablation d'un kyste de l'ovaire prævia*

Obs. 402. — Gestation de 7 mois, kyste parovarien droit prævia, intervention au début du travail. Césarienne classique permettant d'extraire un enfant de 3.230 gr. Suture de l'utérus, ablation du kyste, suites opératoires bonnes pour la mère et pour l'enfant.

C. — *Forceps*

115 observations

Les applications de forceps ont été faites :

111 fois sur le sommet.

1 fois sur une présentation de la face,

1 fois sur une présentation du front,

2 fois sur une tête dernière au cours d'une grande extraction du siège.

Toutes ont été pratiquées sur la tête fœtale ayant franchi le détroit supérieur.

1° *Applications de forceps sur le sommet :*

Dans 99 cas les dimensions du bassin étaient normales : 12 fois il y avait viciation pelvienne (bassins rachitiques n^{os} 343, 486, 430, 846, 854, 865, 897, 1432, 1509, 2173) (rétrécissements du détroit inférieur, n^{os} 510, 2016).

Il y avait 87 primipares dont 17 âgées de plus de 30 ans et 24 multipares.

a) *Application au détroit inférieur.*

En O. P..... 20 cas

N^{os} 94, 223, 403, 650 bis, 890, 965, 1085, 1095, 1334, 1467, 1582, 1784, 1864, 1908, 2016, 2211, 2275, 2324, 2379, 2401).

16 primipares, 4 multipares.

En O. S..... 9 cas

N^{os} 683, 807, 809, 1197, 1353, 1358, 1380, 1790, 2126).

7 primipares, 2 multipares.

b) Application dans l'excavation :

En G. A..... 34 cas

N^{os} 58, 136, 192, 215, 398, 486, 544, 831, 846, 865, 1040, 1132, 1146, 1171, 1179, 1246, 1394, 1432, 1434, 1490, 1505, 1516, 1597, 1620, 1655, 1788, 1869, 1964, 2019, 2029, 2106, 2201, 2214, 1394).

30 primipares (dont 8 âgées), 4 multipares.

En G. T..... 14 cas

N^{os} 134, 311, 335, 343, 365, 464, 490, 549, 607, 663, 854, 912, 1242, 1324.

10 primipares, 4 multipares.

En G. P. 2 cas

N^{os} 1765, 2026.

2 primipares.

En D. A..... 10 cas

N^{os} 5, 565, 633, 783, 1289, 1509, 1530, 1889, 1918, 2195,

8 primipares (dont 2 âgées), 2 multipares.

En D. T..... 13 cas

N^{os} 369, 416, 529, 723, 807, 914, 1118, 1347, 2173, 2239, 2317, 2348, 2384

8 primipares (dont 2 âgées), 5 multipares.

En D. P..... 9 cas

N^{os} 270, 434, 510, 602, 1002, 1119, 1315, 1782 2202.

6 primipares (dont 2 âgées), 3 multipares.
1 dégagement en O. S.

INDICATIONS :

A. SOUFFRANCE FOETALE 35 cas

Chez 24 primipares (dont 6 âgées), et 11 multipares.

2 fois on trouva à l'introduction de la main guide une procidence du cordon.

L'application a été faite en O. P. 9 fois ; en O. S. 1 fois ; en G. A. 6 fois ; en G. T. 7 fois ; en D. A. 5 fois ; en D. T. 4 fois ; en D. P. 3 fois.

B. DÉFAUT DE PROGRESSION DE LA TÊTE

FOETALE 59 cas

Chez 49 primipares (dont 11 âgées) et 10 multipares.

La prise a été faite en O. P. : 5 fois ; en O. S. : 8 fois ; en G. A. : 19 fois ; en G. T. : 7 fois ; en G. P. : 1 fois ; en D. A. : 5 fois ; en D. T. : 8 fois ; en D. P. : 6 fois.

C. ÉTAT PATHOLOGIQUE DE LA MÈRE 17 cas

6 fois pour troubles dyspnéiques chez les tuberculeuses (obs. 94, 650 bis, 1246 (pneumothorax), 1467, 2214, 2239).

3 fois pour signes de décompensation chez des cardiaques (obs. 36, 1334, 1765).

1 fois pour crise d'éclampsie (obs. 2201).

1 fois pour crise de dyspnée au cours de l'expulsion (obs. 1085).

1 fois chez une femme trachéotomisée (obs. 1889).

1 fois chez une femme ayant un anus iliaque gauche (obs. 2202).

1 fois chez une femme ayant subi une myomectomie au 5^e mois de sa gestation (obs. 215).

1 fois chez une femme présentant une forte hémorragie par rupture de varices vaginales (obs. 840).

1 fois chez une femme ayant 39° de fièvre au cours d'une pyélonéphrite (obs. 1784).

1 fois pour fatigue consécutive à un long travail (obs. 1394).

OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES

5 fois on fit précéder l'application de forceps d'incision du col pour arrêt de la dilatation et œdèmes.

22 épisiotomies dont 1 bilatérale.

LÉSIONS TRAUMATIQUES CHEZ LA MÈRE

Nous relevons :

24 lésions bénignes du périnée.

3 lésions périnéales plus importantes mais sans atteinte du sphincter (obs. 311, 369, 1380).

Dans les suites de couches on a observé :

2 cas d'infection (obs. 1467, 1869).

2 cas de phlébite (obs. 1765, 2173).

RÉSULTATS :

Mortalité maternelle..... 2 cas

Obs. 136 : embolie.

Obs. 1085 : shock obstétrical?

Mortalité fœtale..... 9 cas

3 non ranimés, 2 morts dans les trois premiers jours (1 hématomèse et 1 prématuré); 1 mort pendant l'expulsion, 1 macéré, 2 syphilitiques.

102 enfants sont sortis vivants.

II. APPLICATION DE FORCEPS AVEC PRÉSENTATION
DU FRONT

1 observation

Obs. 361. — 1 pare de 23 ans, au terme de 8 mois, version par manœuvres externes pour présentation transversale. A terme, naso-iliaque gauche transverse. Signes de souffrance fœtale à dilatation complète. Application de forceps qui ramène un enfant de 3 kg. 100, ranimé après 20 minutes de soins (léger enfoncement du pariétal gauche). Délivrance artificielle pour hémorragie. Réfection d'une déchirure périnéale importante et d'une double épisiotomie. Suites de couches sub-fébriles.

III. APPLICATION DE FORCEPS AVEC PRÉSENTATION
DE LA FACE

1 observation

Obs. 1958. — 1 pare, 20 ans, lerteur du travail après rupture prématurée des membranes. Souffrance fœtale et mau-

vaie rotation. On ramène la face de M. I. D. T. en M. I. D. A. Application de forceps en M. I. D. A. Episiotomie gauche, extraction d'un enfant pesant 3 kg. 350, ranimé au bout de 5 minutes de soins. Suites de couches crochet à 39°5 le 10^e jour, puis suites normales.

IV. APPLICATION DE FORCEPS SUR TÊTE DERNIÈRE

2 observations

Obs. 2204. — I pare, 37 ans. Grande extraction d'un siège complet incliné dans un utérus malformé, difficulté pour la tête dernière. Application de forceps.

Obs. 1604. — I pare, 22 ans, siège complet expulsé spontanément jusqu'à la tête. Manœuvre de Mauriceau impossible. Forceps sur tête dernière. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.030 gr.

D. — *Version par manœuvres internes*

8 observations

N^{os} 57, 99, 549, 703, 941, 1319, 1769, 2326.

5 gestations simples (obs. 703, 991, 1319, 1769, 2326).

3 gestations gémellaires (obs. 57, 99, 549).

La version a été faite :

4 fois pour présentation de l'épaule (obs. 703, 941, 1319, 1769).

3 fois sur le deuxième fœtus d'une gémellaire.

Dans 1 cas il y avait procidence du cordon et d'un bras (obs. 57).

Dans 1 cas il y avait impossibilité d'engagement pour une tête hydrocéphale non diagnostiquée et on dut faire une ponction crânienne après la version (obs. 99).

Dans 1 cas il y avait arrêt de douleurs après l'extraction du 1^{er} fœtus (obs. 549).

1 fois il s'agissait d'une hémorragie par placenta recouvrant (obs. 2326).

Ces observations ont été rapportées d'autre part :

Pour les n^{os} 703, 941, 1319, 1769 (voir présentation de l'épaule).

Pour les n^{os} 57, 99, 549 (voir gestations gémellaires).

Pour le n^o 2326 (voir insertion du placenta sur le segment inférieur).

RÉSULTATS :

Enfants : 2 morts, 6 vivants (1 avec une fracture de l'humérus).

Mortalité maternelle : 1 cas (obs. 2326, hémorragie par insertion vicieuse du placenta).

E. — Symphyséotomie

1 observation

Obs. 174. — III pare, 38 ans, dernières règles 4 avril 1925, intervention 25 janvier 1926 après épreuve du travail.

Incision cutanée de 1 cm. et demi environ au niveau de la partie supérieure du pubis, on pénètre facilement dans l'articulation en sectionnant toutes les fibres de haut en bas,

mais en respectant le ligament sous-pubien. La femme étant mise, les cuisses en abduction forcée, on obtient facilement un écartement des pubis de 1 à 2 cm. Les premières contractions font rapidement descendre la tête sur le plancher périnéal et la femme accouche sans incident et spontanément. Enfant vivant. 4.120 gr.

F. — *Basiotripsies*

4 observations

Obs. 30. — I pare, 38 ans, membranes rompues depuis 4 jours, liquide teinté, tête qui reste à la partie haute de l'excavation. Contractions utérines qui cessent. Mort de l'enfant à dilatation de 5 fr. Fatigue de la mère (pouls à 112). Basiotripsie. Délivrance artificielle pour hémorragie, légère déchirure du col. Suites normales. Enfant pesant 4.750 gr., sans la matière cérébrale.

Obs. 482. — I pare, 37 ans, bassin annelé. P. S. P. à 10,4. Tête élevée ne débordant pas, s'appliquant sur le D. S. au début du travail. Rupture précoce des membranes à 1 fr. Mort du fœtus. Arrêt de la dilatation. Apparition de signes d'infection de l'œuf 34 heures après et mauvais état général de la mère. Basiotripsie. Délivrance artificielle suivie de révision utérine. Légère déchirure de la portion intravaginale du col. Suites normales. Enfant pesant 3.400 gr. sans la matière cérébrale.

Obs. 2052. — IV^e pare, 41 ans, fœtus mort depuis 2 jours. Gros œdèmes du col pendant le travail. Basiotripsie à dilatation complète. Grosse difficulté pour l'extraction des épaules dont la rotation ne se fait pas. Cléidotomie. Fœtus macéré pesant 4.120 gr. sans matière cérébrale ayant un diamètre bi-acromial de 14 cm. Suites normales.

Obs. 2364. — I pare, 35 ans, membranes rompues, trois jours avant le début du travail. Enfant mort, hydrocéphal, se présentant par le siège. Arrêt de la dilatation à 5 fr. Incision du col. Double épisiotomie préventive. Grande extraction du siège. Difficulté de l'abaissement des bras commandant une fracture de l'humérus du bras antérieur. Basiotripsie sur tête dernière. Révision de la vessie, du col utérin, du sphincter anal, aucune lésion. Suites normales.

Mortalité maternelle : 0.

G. — *Incisions du col*

8 observations.

Obs. 434. — 6 gestations antérieures terminées par des accouchements normaux de gros enfants.

Gestation actuelle : arrêt de la dilatation à petite paume depuis 2 jours, malgré une injection d'hypophyse faite en ville. Œdème souple du col. Souffrance fœtale nécessitant à dilatation de grande paume des incisions du col suivies de forceps en droite postérieure. Enfant vivant : 3.620 gr. Suites normales.

Obs. 1119. — I pare de 20 ans, femme arrivée en état d'infection 7 jours après la rupture des membranes ? Œdème du col en pessaire, dur, inextensible. Incision des lèvres antérieures et postérieures du col. Forceps en O. I. D. P., rotation. 2^e prise en D. A., extraction en O. P. d'une fille vivante pesant 2.520 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie. Révision utérine et vérification des incisions à l'aide de valves. Petite embolie dans les suites de couches. Guérison.

Obs. 1490. — I pare, 34 ans. Rupture précoce des membranes, apparition d'œdèmes durs du col à dilatation de 2 fr.

Mauvaises contractions ; incision médiane antérieure et postérieure, suivie de forceps en gauche antérieur. Tractions lentes ($3/4$ d'heure). Enfant mort pesant 3 kg. 800. Délivrance artificielle. Révision utérine. Suites de couches fébriles.

Obs. 1516. — I pare, 34 ans. Après 50 heures de dilatation le travail s'arrête, œdème du col, signes de souffrance fœtale, incision des lèvres antérieures et postérieures du col. Forceps en O. I. G. A., extraction d'un enfant qu'on ne peut ranimer. Poids 2.650 gr. Délivrance artificielle, révision utérine, vérification des incisions sous valves.

Obs. 1782. — I pare, 32 ans. Au bout de 20 heures de travail on croit à la dilatation complète, mais les efforts expulsifs de la femme ne font pas progresser la tête. Au moment où on se décide à faire une application de forceps on constate par le toucher manuel qu'il n'y a aucune dilatation, mais un segment inférieur très aminci coiffant la tête. Sous le contrôle de valves on pénètre par l'orifice ponctiforme du col pour décoller les membranes. 20 heures plus tard les signes de souffrance fœtale apparaissent. La dilatation reste stationnaire à 2 fr. Le col est œdématié sur sa lèvre antérieure. On fait des incisions du col suivies d'application de forceps en D. T. Extraction d'un enfant vivant pesant 3.750 gr., ayant une paralysie faciale (prise légèrement asymétrique).

Obs. 1788. — I pare, 23 ans, rupture prématurée des membranes après 141 heures de travail. La dilatation reste stationnaire à 5 fr. Les bruits du cœur fœtal sont accélérés. La mère a 39°8 de température. Incision du col, lèvre antérieure œdématiée. Forceps en O. I. G. A. Extraction d'un enfant pesant 3.240 gr. Suites normales.

Obs. 2173. — I pare, 28 ans, bassin aplati. P. S. P. à 10,8. Dilatation longue, 53 heures. Engagement tardif de la tête

qui cesse de progresser à dilatation de grande paume en même temps que le fœtus souffre. Incision médiane antérieure et postérieure du col. Léger œdème mou à ce niveau. Application de forceps en droite transverse permettant l'extraction d'un enfant vivant pesant 2.950 gr. Légère déchirure périnéale limitée par une épisiotomie gauche. Phlegmatia dans les suites de couches.

Obs. 2364. — (Voir basiotripsie).

RÉSULTATS :

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité fœtale : 2 (obs. 1490 et 1516 outre la basiotripsie).

H. — Opérations césariennes par voie abdominale

57 observations

2) INDICATIONS

I. VICIATIONS PELVIENNES 40 cas

a) *Bassins rachitiques*..... 34 cas

Obs. 3, 33, 98, 305, 213, 362, 431, 626, 690, 701, 753, 983, 997, 1138, 1140, 1216, 1255, 1357, 1363, 1413, 1420, 1528, 1701, 1739, 1749, 1875, 1839, 1924, 2050, 2119, 2137, 2226, 2853, 2270.

b) *Bassin asymétrique*..... 1 cas

Obs. 1545.

c) Rétrécissement du détroit infér.....	4 cas
Obs. 470, 847, 1280, 2224.	
d) Rétrécissement du détroit moyen....	1 cas
Obs. 374.	
II. OBSTACLES AUTRES QUE LE BASSIN.....	7 cas
a) Sténose du col.....	2 cas
1. Cicatrice de cautérisation.....	1 cas
(Obs. 1475).	
2. Rigidité du col.....	1 cas
(Obs. 2015).	
b) Tumeurs <i>prævia</i>	5 cas
1. Fibrome.....	2 cas
(Obs. 227 et 1723).	
2. Kyste de l'ovaire.....	2 cas
(obs. 402 et 952).	
3. Tumeur rectale.....	1 cas
(Obs. 650).	
III. COMPLICATIONS OBSTÉTRICALES DE LA PARTURITION	8 cas
a) Insertion vicieuse du placenta.....	3 cas
Obs. 1105, 2017, 2097.	
b) Procidence irréductible du cordon..	1 cas
Obs. 228.	

c) *Contracture utérine* 2 cas

Obs. 1729 et 2405.

d) *Accommodation vicieuse*..... 2 cas

(présentation de l'épaule irréductible).

(Obs. 557 et 2295.

IV. ETAT PATHOLOGIQUE DE LA MÈRE..... 2 cas

1 intervention post mortem chez une femme
morte d'encéphalite.

(Obs. 393).

1 intervention ante mortem chez une tubercu-
leuse à l'agonie.

(Obs. 895).

B. TECHNIQUE ET RÉSULTATS

I. OPÉRATIONS CÉSARIENNES CONSERVATRICES.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES AU DÉBUT

DU TRAVAIL

a) *Corporéales simples*..... 5 cas

b) *Corporéales itératives simples*..... 3 cas

c) *Basses simples*..... 4 cas

d) *Basses itératives simples*..... 2 cas

e) Avec opérations complémentaires :

Itératives avec résection de l'ancienne

cicatrice 3 cas

(Obs. 701-847-1255).

Avec ablation d'appendice et de 2 myomes.

(Obs. 287).

Avec ablation kyste parovarien.

(Obs. 402).

Avec ablation 2 fibromes.

(Obs. 1216).

= 3 cas

Mortalité maternelle 1

(Obs. 287, césarienne haute, septi-
cémie).

Mortalité foétale..... 0

OPÉRATIONS CÉSARIENNES AU COURS DU TRAVAIL DANS DES CONDITIONS CLINIQUES FAVORABLES

a) Corporéales simples..... 2 cas

b) Basses simples..... 21 cas

c) Avec opérations complémentaires.... 2 cas

Itérative avec résection de l'ancienne cicatrice
(obs. 753).

Ablation d'une tumeur rectale (obs. 650).

Mortalité maternelle..... 0

Mortalité foétale..... 0

OPÉRATIONS CÉSARIENNES TARDIVES

(CAS INFECTÉS)

a) Basses simples 2 cas

Mortalité maternelle..... 1

(Obs. 2226, péritonite).

Mortalité foétale..... 0

- b) Césariennes suivies d'extériorisation temporaire (opération de Portes)..... 4 cas
(Obs. 374-1729-2017-2405).

Mortalité maternelle..... 0

Mortalité fœtale..... 3

OPÉRATION CÉSARIENNE POST MORTEM

(Obs. 393, encéphalite).

Enfant mort.

OPÉRATION CÉSARIENNE ANTE MORTEM

(Obs. 895, tuberculose).

Enfant mort.

II. OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUIVIES D'HYSTÉRECTOMIE

- a) Dans des conditions favorables..... 2 cas
Toutes deux itératives (obs. 470 et 1749).

Mortalité maternelle..... 0

Mortalité fœtale..... 0

- b) Chez des femmes présentant des signes d'infection 3 cas

(Obs. 228-1280-2015).

Mortalité maternelle..... 2

Obs. 228 : Toxémie.

Obs. 2015 : Collapsus cardiaque.

Mortalité fœtale..... 1

Obs. 228 : Basiotripsie avant l'intervention.

RÉSULTATS GLOBAUX :

Opérations césariennes.....	57
Mortalité infantile.....	6
Mortalité maternelle.....	3

auxquelles il faut ajouter les 2 femmes des observations 393 (post mortem) et 895 (ante mortem).

γ OBSERVATIONS

I. OPÉRATIONS CÉSARIENNES CONSERVATRICES.

1. Césariennes hautes.

Obs. 98 (Itérative). — III^e gestat. 23 ans. — 1 césar. antér. et 1 accouchement prématuré provoqué (les deux enfants sont morts en bas-âge). Bassin généralement rétréci, avec concavité sacrée médiocre. Psp. : 10,4.

Césarienne au début du travail ; nombreuses adhérences épiploïques, mais bonne cicatrice antérieure. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.150 gr. Suites opératoires normales.

Obs. 287. — I pare, 35 ans. Fibrome prævia empêchant l'engagement de la tête, qui fuit dans la fosse iliaque droite. Césarienne au début du travail, suivie d'appendicectomie et de double myomectomie : un fibrome pédiculé de la face antérieure de l'utérus et un fibrome sessile de la face postérieure du segment inférieur. Fille vivante, de 3.450 gr. Septicémie dans les suites de couches ; 9 jours après l'intervention, réouverture de l'abdomen à l'anesthésie locale, cicatrices intactes, pas de pus dans le péritoine, on draine le Douglas. Mort le lendemain.

Obs. 305 (Itérative). — II^e pare, 22 ans. 1 césarienne haute 4 ans auparavant. Bassin canaliculé (Psp. : 10,2). Césarienne au début du travail : on trouve des adhérences épiploïques et une cicatrice amincie dans sa moitié supérieure, on la résèque. Enfant vivant, pesant 2.600 gr. Suites normales.

Obs. 393 (post mortem). — I. P., 27 ans. Entrée au dortoir 5 jours avant le début du travail, atteinte d'encéphalite. Aggravation des symptômes pendant le travail. Mort. Césarienne aussitôt après ; extraction d'un enfant mort pesant 3.390 gr.

Obs. 402. — VI^e gest., 27 ans. Deux accouchements prématurés et 3 accouchements à terme, tous spontanés. Bacillose pulmonaire. Tumeur volumineuse dans le Douglas, empêchant l'engagement de la tête. Césarienne corporeale ; ablation d'un kyste parovarien droit partiellement enclavé. Suites normales. Enfant vivant : 3 kg. 230.

Obs. 557. — IV^e gest., 41 ans. 1 accouchement prématuré et 1 accouchement à terme par le siège ; 1 forceps après version pour manœuvres externes. Femme pesant 105 kilos, ayant une présentation transversale irréductible, et rompant sa poche des eaux au début du travail. Césarienne à la novocaïne. Suites normales. Enfant de 4 kg. 600.

Obs. 650. — VIII^e gest., 34 ans. Trois avortements, 1 gest. ectopique opérée en 1919. Trois accouchements à terme ; un seul enfant vivant. Tumeur rectale comblant le Douglas et empêchant l'engagement de la tête. Césarienne 6 heures après le début du travail, membranes intactes. Exploration de la tumeur, qui ne présente aucun signe de néoplasie. Suites normales. Enfant vivant, pesant 3 kg. 240.

Obs. 690. — I. P., 33 ans. Bassin généralement rétréci, aplati, sacrum redressé. Promontoire à 9-5. Tête mobile,

fuyant dans la fosse iliaque droite. Césarienne au début du travail. Suites normales. Garçon vivant, pesant 3 kg. 060.

Obs. 701 (Itérative). — II pare, 22 ans. Taille 1 m. 40. Bassin généralement rétréci. Prom. à 9,5. Césarienne en 1924 (fille vivante de 2.570 gr.) à dilatation de grande paume, membranes intactes ; fistule au niveau de la cicatrice dans les mois qui suivirent. Césarienne itérative au début du travail ; adhérences nombreuses. Résection en un bloc de l'ancienne cicatrice et du trajet fistuleux. Suites de couches fébriles : phlegmatia. Enfant vivant : 2.730 gr.

Obs. 753 (Itérative). — III^e gest., 33 ans. 1^{er} accouchement spontané à terme d'un enfant de 2.750 gr. 2^e accouchement, césarienne, à dilatation de 5 fr. pour non engagement de la tête. Bassin généralement rétréci ; promontoire à 9,4. Tête qui déborde. Rupture prématurée des membranes : liquide verdâtre. 4 heures après : césarienne ; cicatrice utérine parfaite, sauf à sa partie toute inférieure, amincie, que l'on résèque. Suites de couches subfébriles. Enfant vivant pesant 2 kg. 980.

Obs. 847 (Itérative). — III^e gessa. 26 ans. 1^{er} accouchement basiotripsie ; 2^e accouchement, césarienne au début du travail (enfant 2.700 gr.). Mal de Pott lombo-sacré. Bassin cyphotique en entonnoir, à détroit moyen notablement rétréci. Césarienne dès le début du travail ; quelques adhérences épiploïques ; résection de la cicatrice antérieure. Suites subfébriles. Enfant vivant, pesant 2 kg. 540.

Obs. 895. — I pare, 25 ans. Tuberculose pulmonaire ulcéro-casécuse bilatérale ayant débuté au 4^e mois de la gestation et affectant une évolution rapidement grave. Au début du 9^e mois : césarienne avant tout début de travail (femme à l'agonie) qui permet d'extraire vivant un enfant de 2.120 gr.

(anesthésie locale). Mort de l'enfant 12 heures après ; mort de la mère 36 heures plus tard.

Obs. 952. — I P., 28 ans. Volumineux kyste de l'ovaire enclavé dans le petit bassin. Tête mobile, élevée, qui ne s'engage pas. Césarienne au début du travail, membranes intactes. Ablation du kyste (gros comme une tête d'enfant) après ligature de son pédicule. Suites normales, mais scarlatine au 15^e jour. Enfant vivant, pesant 3 kg. 120.

Obs. 997. — II^e P., 23 ans. Accouchement antérieur à terme d'un enfant mort. Bassin rétréci ; promont. à 9,5. Césarienne 2 heures après le début du travail, à dilatation de 1 franc, membranes intactes. Suites normales. Enfant vivant, pesant 3 kg. 470.

Obs. 1140 (Itérative). — III^e geste. 25 ans. 1^{er} accouchement spontané à terme d'un enfant de 2.180 gr. 1^{re} césarienne haute après 21 heures d'épreuve du travail ; fistule utéro-pariétale réséquée 8 mois après. Bassin rétréci ; promontoire à bout de doigt. Césarienne itérative aux premières douleurs, membranes intactes : cicatrice antérieure excellente ; pas d'adhérences. Résection de la cicatrice ; section des trompes. Suites normales.

Enfant vivant, pesant 3 kg. 100.

Obs. 1216. — I P., 37 ans. Bassin annelé, aplati, généralement rétréci. Psp : 10,5. Tête affleurant la symphyse. Césarienne au début du travail ; excision de 2 petits fibromes de la face antérieure de l'utérus. Suites de couches subfébriles. Enfant vivant, pesant 2 kg. 850.

Obs. 1255 (Itérative). — II^e gest., 22 ans.

Bassin rétréci ; Psp : 10 cm. 5. 1^{er} accouchement césarien avec extériorisation temporaire en 1924 ; suites normales. Césarienne itérative en 1926 : adhérences épiploïques ; bonne

cicatrice antérieure que l'on résèque, congestion pulmonaire dans les suites de couches. Enfant vivant, pesant 3 kg. 250.

Obs. 1528. — III^e gest., 33 ans. 2 accouchements à terme par forceps, de gros enfants mort-nés. Bassin généralement rétréci, aplati. Promontoire à 10 cm. 6. Césarienne au début du travail, membranes intactes. Suites normales. Enfant vivant, pesant 4.070 gr.

Obs. 1545. — I pare, 27 ans. Bassin asymétrique, luxation unilatérale ; promontoire à 10,2, tête affleurant la symphyse. Césarienne au début du travail, à 1 franc de dilatation, membranes intactes. Suites de couches fébriles (rétention de lochies, suppuration de la cicatrice). Enfant vivant, pesant 3 kg. 700.

Obs. 1815. — IV^e gest. 37 ans. Bassin généralement rétréci et aplati. Psp. : 10,4, 2 avortements antérieurs et 1 accouchement à terme par forceps d'un enfant mort. Césarienne au début du travail, parce que la tête déborde nettement la symphyse. Suites normales. Enfant bien portant, pesant 3.150 gr.

Obs. 2295. — V^e geste, 41 ans. 3 avortements et 1 accouchement spontané à terme antérieur. Présentation transversale dans un utérus cordiforme ; tentative infructueuse de version par manœuvres externes. 3 h. 30 après le début du travail, rupture précoce des membranes à dilatation de 1 franc, procidence du cordon, signes de souffrance fœtale. Césarienne immédiate ; on trouve un utérus allongé transversalement, avec éperon sur le fond. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.780 gr.

Suites normales.

2. CÉSARIENNES BASSES

a) *Début du travail.*

Obs. 983. — Itérative. II^e pare, 21 ans.

1^{er} accouchement P. S. P. 10,1. Césarienne basse. Rachianesthésie. Enfant vivant 2 kg. 800, mort de méningite au bout d'un an.

2^e accouchement : début du travail. Douleurs permanentes dans le bas-ventre du côté du segment inférieur. Rachianesthésie. Césarienne basse. Extraction facile d'une fille pesant 2 kg. 960. Suites opératoires normales.

Obs. 1363. — II pare, 32 ans.

1^{er} accouchement prématuré siège 8 mois.

2^e accouchement : P. S. P. 10,2. Présentation de la face. Dilatation 0,50. 9 heures après le début du travail membranes intactes. Même dilatation. Tête débordant. Césarienne basse. Enfant vivant 3.390 gr.

Suites opératoires normales.

Obs. 1420. — (Itérative). II pare, 25 ans.

1^{er} accouchement, césarienne basse. P. S. P. 10,6.

2^e accouchement : hauteur utérine 43 cm. Tête débordant franchement le plan de la symphyse, césarienne basse au début du travail. Enfant vivant : 3.980 gr.

Suites opératoires normales.

Obs. 2050. — I pare, 22 ans. Bassin aplati. P. S. P. 9,5. Après 6 h. 30 de travail, membranes intactes, tête fuyant de la fosse iliaque gauche. Césarienne basse.

Enfant vivant : 2 kg. 450.

Suites opératoires : suppuration de la paroi ; lochies purulentes. Sort guérie le 36^e jour.

Obs. 2119. — (Itérative). II pare.

1^{re} gestation, épreuve du travail, 12 heures. Césarienne basse. P. S. P. 9,7, promontoire bas.

2^e gestation : césarienne basse, au début du travail. Enfant pesant 4 kg. 100.

Suites opératoires normales.

Obs. 2137. — II pare, 35 ans.

1^{er} accouchement à terme. Forceps en D. T. après 52 h. 30 de travail. Enfant vivant pesant 2 k. 950.

2^e accouchement. Début du travail. Tête mobile fuyant dans la fosse iliaque gauche. P. S. P. 9,7.

Faux promontoire, 9,5 ; sacrum en hameçon.

Césarienne basse. Enfant : 2 kg. 950.

Suites opératoires normales.

β) *Au cours du travail. Bonnes conditions cliniques.*

Obs. 3. — I pare, 20 ans, arrive à la clinique en travail depuis 26 heures, membranes rompues depuis 5 heures. Epreuves du travail 36 heures. Aucun engagement.

Césarienne basse. Enfant 3 k. 020.

Suites opératoires normales.

Obs. 33. — I pare 21 ans, P. S. P. 10,5.

Membranes rompues depuis 5 heures.

Epreuve du travail 18 heures, la tête paraissant bloquée sur l'aire du D. S. on décide d'intervenir. Césarienne basse.

Suites opératoires fébriles pendant 8 jours.

Sort guérie le 21^e jour.

Obs. 2113. — I pare 32 ans. P. S. P. 10,7.

Tête petite non engagée. Membranes rompues dès le début du travail.

Epreuve du travail 12 h. 30 sans résultat.

Césarienne basse.

Suites opératoires normales.

Obs. 362. I pare, 27 ans. P. S. P. 10,4.

Epreuve du travail 15 heures. Rupture précoce des membranes. Pas d'engagement.

Césarienne basse. Enfant : 3 k. 350.

Suites opératoires : fébriles 13 jours. Sort le 30^e jour guérie.

Obs. 431. — I pare, 19 ans. P. S. P. 10,2.

Epreuve du travail, 10 heures. Suites opératoires : fébriles, 7 jours, sort le 27^e jour guérie.

Obs. 626. — I pare, 19 ans. Bassin aplati transversalement. P. S. P. 11 cm.

Epreuve du travail 19 heures. Tête débordant franchement au palper mensurateur.

Césarienne basse.

Suites opératoires : fébriles 12 jours. Cystite purulente.

Sort le 38^e jour, très bon état.

Obs. 1105. — I Pare, 41 ans. Utérus fibromateux.

Pertes sanguines importantes, renouvelées au début du travail.

Césarienne basse. Placenta inséré bas.

Enfant 4 kg. 170.

Suites normales, sort le 20^e jour.

Obs. 1138. — I Pare, 18 ans. Promontoire à 9 cm. 3. Tête mobile élevée au-dessus du D. S.

Rupture spontanée prématurée des membranes.

10 heures après la rupture, pas de signes de travail. Césarienne basse.

Suites opératoires normales. Sort le 19^e jour.

Obs. 1357. — II^e pare, 23 ans.

1^{er} accouchement : gros enfant, mort pendant le travail.

2^e gestation : P. S. P. 9,9. Rupture prématurée des membranes (front).

Césarienne basse. Enfant pesant 3 kg.

Suites opératoires : sort le 20^e jour, guérie.

Obs. 1363. — I^e pare, 21 ans. P. S. P., 10,7.

Epreuves du travail : 24 heures.

Liquide teinté. T. 37°8.

Césarienne basse.

Suites opératoires fébriles, 3 premiers jours, entre 39° et 40°.

Sort le 21^e jour guérie.

Obs. 1413. — 1^{re} gestation, césarienne basse.

2^e gestation : Epreuve du travail : 14 heures.

Dilatation complète, pas d'engagement.

Césarienne basse. Enfant 4 kg. 270.

Suites opératoires fébriles entre 38° et 39° pendant les 12 premiers jours, sort le 22^e jour, guérie.

Obs. 1701. — I^e pare, 19 ans.

P. S. P. : 10,7.

Epreuve du travail 19 heures. Dilatation complète, rupture artificielle des membranes.

Pas d'engagement.

Césarienne basse. Enfant 2 kg. 980.

Suites opératoires : fébriles 12 premiers jours, sort le 17^e jour guérie.

Obs. 1723. — II^e pare, 36 ans.

1^{re} gestation : Accouchement à terme normal. Enfant pesant 3 kg. mort à 2 ans et demi de méningite.

2^e gestation : Fibrome prævia occupant la lèvre ant. du col (grosueur d'une noix).

Rupture prématurée des membranes au bout de 6 heures.

Césarienne basse. Enfant 3 kg.

Suites opératoires subfébriles jusqu'à la sortie le 22^e jour.

Obs. 1739. — I Pare, 20 ans. P. S. P. 9,7.

Césarienne basse. Enfant 3 kg. 140.

Suites opératoires normales.

Obs. 1839. — I Pare, 36 ans. Luxation congénitale double de la hanche. Bassin aplati transversalement. Promontoire à 10,8.

Signes de souffrance fœtale. Tête élevée.

Dilatation stationnaire.

Césarienne basse. Enfant 2 kg. 870.

Suites opératoires subfébriles 12 jours. Sort le 23^e jour, guérie.

Obs. 1924. — II Pare, 34 ans.

1^{re} gestation terminée par un avortement.

2^e gestation 3 h. 30 après la rupture des membranes, pas de travail.

Césarienne basse. Enfant 2 kg. 820.

Suites opératoires normales.

Obs. 2097. — II Pare, 33 ans.

1^{re} gestation : accouchement prématuré.

2^e gestation : présentation de l'épaule.

Hémorragie brusque au début du travail.

Placenta inséré bas.

Césarienne basse. Hémorragie importante lors de l'incision du segment inférieur.

Enfant 3 kg. 380.

Suites opératoires normales.

Obs. 224. — I Pare 22 ans et demi. Bassin cyphotique en entonnoir. Diamètre bi-ischiatique 8 cm.

Epreuve de travail, 25 heures.

Rupture des membranes, 34 heures.

Tête paraissant bloquée sur les épines sciatiques.

Césarienne basse. Enfant 3 kg. 620.

Suites opératoires fébriles : 14 jours. Soit le 24^e jour. Guérie.

Obs. 2253. — I Pare, 28 ans. Rupture prématurée des membranes. T. 37°. P. S. P. 10 cm. 4.

12 heures après la rupture des membranes avec tête débordant, aucun signe de travail.

Césarienne basse. Enfant 3 kg. 520.

Suites opératoires normales.

Obs. 2270. — I Pare. 19 ans. P. S. P. 10,3. Tête débordant au palper mensureur. Césarienne basse. Enfant 3 kg. 520.

Suites opératoires fébriles 13 jours ; sort le 38^e jour guérie.

γ) Cas fébriles.

Obs. 2226. — I Pare, 19 ans. Présentation du front. Membranes rompues dès le début du travail.

37 h. 30 après le début du travail, dilatation complète. Efforts expulsifs pendant 2 h. et demie, sans progression de la tête fœtale. T. 37°7.

Césarienne basse. Enfant vivant 2 kg. 780.

Suites opératoires : 48 heures après, poulx filiforme, facies péritonéal. Température 40°3, poulx 132. Mort.

Obs. 1475. — II Pare, 22 ans.

1^{re} gestation. Accouchement normal. Traitée pour métrite du col par cautérisation au crayon entre les deux gestations.

2^e gestation : Rupture spontanée prématurée des membranes au début du travail.

Tête à la partie haute de l'excavation.

Dilatation lenticulaire.

Après 17 heures de travail, arrêt de la dilatation 5 fr. T. 38°₁.

Césarienne basse. Drainage à la *Mickulicz*.

Enfant 3 kg. 900.

Suites opératoires : fébriles 3 jours entre 39° et 40° et normales ensuite. Sort le 24^e jour guérie.

b) *Opérations césariennes conservatrices suivies
d'extériorisation temporaire de l'utérus*
(Opération de Portes)

Obs. 374. — I. P., 26 ans. Rétrécissement du détroit moyen du bassin (les épines sciatiques saillantes sont séparées par un intervalle de moins de trois doigts). Rupture précoce des membranes à dilatation de 0 fr. 50. Engagement tardif de la tête (à 2 francs). Œdème de la lèvre antérieure du col ; température : 38°. 22 heures après la rupture des membranes : laparotomie ; extériorisation de l'utérus ; fermeture de la paroi derrière l'utérus extériorisé. Hystérotomie. Extraction difficile du fœtus, dont la tête est bien engagée. Suture de l'utérus. Involution utérine normale. Réintégration de l'utérus le 23^e jour ; drainage. Suites subfébriles ; légère suppuration de la paroi. Enfant vivant, pesant 3 kg. 500.

Obs. 1729. — III^e geste, 37 ans. 1 avortement et 1 accouchement au forceps après incisions du col. Deux hystéropexies à 11 ans d'intervalle, la seconde au cours de sa 1^{re} gestation. Contracture utérine, physométrie ; température à 38°₄. Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus suivant la technique sus-indiquée (à dilatation de 2 fr., membranes

rompues depuis 3 jours). Extraction d'un enfant de 3.450 gr. présentant un début de macération. Désunion de la cicatrice utérine le 7^e jour ; suture secondaire 14 jours plus tard. Phlébite gauche. Réintégration 60 jours après l'extériorisation. Drainage ; persistance d'un petit orifice pariétal que l'on suture secondairement. Sort en très bon état 35 jours après la réintégration.

Obs. 2017. — I P., 21 ans. Insertion recouvrante du placenta ayant déterminé des hémorragies au début du travail. Rupture artificielle des membranes à dilatation de 2 francs ; écoulement d'un liquide fortement teinté ; descente de la tête, demeurée jusque-là très élevée ; arrêt de l'hémorragie. Mort du fœtus 3 heures après ; arrêt du travail. Césarienne suivie d'extériorisation 20 heures après la rupture des membranes. Suites très bonnes. Réintégration 32 jours après. Enfant mort, pesant 3.300 gr.

Obs. 2405. — III^e gestation, 30 ans. 2 accouchements antérieurs spontanés. Opérée de salpingite dans les semaines qui suivent le 2^e accouchement. Contracture utérine, la dilatation ne se fait pas. Rupture des membranes 16 heures après le début des douleurs ; frisson et température à 40°. 20 heures plus tard, césarienne suivie d'extériorisation. Suites fébriles : aspect gangréneux de la plaie utérine, qui se désunit ; nettoyage de la cavité utérine. Suture secondaire de l'utérus 18 jours après l'intervention. Réintégration 1 mois après la césarienne ; drainage. Suites très bonnes. Sort 18 jours après. Enfant mort-né pesant 3.980 gr.

II. OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUIVIES D'HYSTÉRECTOMIE

Obs. 228. — VI^e gestation, 38 ans (obèse albuminurique). Rupture prématurée des membranes ; procidence du cordon qu'on ne peut réduire en ville. A la clinique, on constate une

double procidence (membre inférieur et membre supérieur) que l'on réduit. Enfant mort.

Tentatives infructueuses de basiotripsie, puis de cranioclasie. Au bout d'une heure et demie d'efforts, césarienne suivie d'hystérectomie supra-vaginale. Poids du fœtus sans la tête : 4.750 gr. Suites apyrétiques, mais mort le 5^e jour avec subictère des conjonctives.

Obs. 470. — III^e gest. 44 ans. 1 basiotripsie et 1 césarienne. Cypho-scoliose par mal de Pott ; bassin transversalement rétréci ; bi-ischiât. : 7 cm. Césarienne itérative au début du travail, suivie d'hystérectomie. Suites normales. Enfant vivant : 3.020 gr.

Obs. 1280. — I P., 38 ans. Cyphose lombo-sacrée par mal de Pott. Bassin en entonnoir. Bi-ischiatique : 6 cm. 5. Laparotomie 27 h. après la perte des eaux, en vue d'une césarienne basse ; on trouve une tuberculose du péritoine ; une abondante hémorragie se produit à l'ouverture de l'utérus qui oblige à étendre l'incision en vue d'une césarienne corporéale. Vu le temps écoulé depuis la rupture des membranes, on doit pratiquer l'hystérectomie après extraction d'un enfant vivant, pesant 2.360 gr. Suites normales.

Obs. 1749. — II geste, 26 ans. Bassin rachitique. Promontoire à 9,5. 1 césarienne antérieure. Césarienne itérative au début du travail, membranes intactes. Adhérences épiploïques multiples. Cicatrice antérieure mince. Hystérectomie subtotale. Suites normales. Enfant vivant, pesant 2 kg. 850.

Obs. 2015. — IX^e gest. 34 ans. 7 accouchements spontanés à terme. 1 forceps, tous d'enfants vivants. 35 heures après le début du travail, la dilatation est stationnaire à petite paille, membranes rompues depuis 29 heures. Oedème infec-

tieux du col, qui formé un bourrelet rigide. Souffrance fœtale ; mauvais état de la mère (température 38°5). Césarienne, suivie d'hystérectomie supra-vaginale : tranche utérine très saignante. Mickulicz. Mort de la femme 41 heures après l'intervention (collapsus cardiaque). Enfant vivant, pesant 3 kg. 750.

j) *Hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus*

1 observation

Obs. 410. — II^e geste, 20 ans. Placenta prævia. Femme arrivée à la Clinique ayant eu des hémorragies à la fin de sa gestation.

Hémorragies très importantes au début du travail, impossible à arrêter malgré la rupture artificielle des membranes et la pose d'un ballon à dilatation de 5 francs. Mort de l'enfant.

Altération grave de l'état général, nécessitant de multiples injections de sérum artificiel et une transfusion de 120 cm³ de sang, qui améliore la femme et permet une hystérectomie en bloc sous anesthésie très légère au chloroforme. Pleurésie séro-fibrineuse du 6^e au 12^e jour. Sort guérie trois semaines après.

j) *Hystérectomie pour rupture utérine*

2 observations

Obs. 851 bis. — II^e para, 26 ans. Femme venue à la Clinique après avoir accouché en ville. Version par manœuvres internes pour présentation transversale. Extraction de l'enfant vivant. Délivrance naturelle. Hémorragie persistante malgré un utérus bien rétracté.

On constate une déchirure du col de l'utérus sur son bord gauche remontant au-dessus de l'insertion vaginale.

13 heures après l'accouchement, laparotomie sous-ombilicale on trouve un hématome infiltrant la base du ligament large gauche.

Hystérectomie supra-vaginale.

Suture de la brèche persistant sur le reste de l'organe. Fermeture du col. Péritonisation après ablation des caillots. Fermeture sans drainage. Suites opératoires : congestion pulmonaire. Hémorragie vaginale abondante au 16^e jour. Sortie guérie 1 mois après.

Obs. 1534. — VII^e gestation. 42 ans.

Femme ayant subi trois tentatives infructueuses d'application de forceps en ville et arrivée à la clinique en très mauvais état. Le palper donne peu d'indications, mais le toucher montre une déchirure du col sur son bord gauche dépassant l'insertion vaginale.

Laparotomie médiane ; on trouve au milieu des anses intestinales un fœtus mort de 3.960 gr. et le placenta.

Derrière le fœtus on trouve l'utérus rompu sur toute la hauteur du segment inférieur. Gros épanchement du sang dans l'abdomen. Hystérectomie supra-vaginale. Ligature des pédicules *Mickulicz*. Fermeture au fil de bronze.

Mort de la femme le lendemain.

III. — Délivrance

a) DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

48 observations

N^{os} 20, 30, 58, 115, 126, 134, 172, 207, 215, 231, 260 bis, 313, 317, 358, 361, 368, 413, 447, 610, 801,

811, 836, 1043, 1057, 1060, 1119, 1129, 1174, 1301, 1303, 1308, 1319, 1333, 1380, 1434, 1451, 1452, 1459, 1495, 1516, 1519, 1585, 1894, 2066, 2304, 2333, 2400, 2416.

Cette intervention a été pratiquée dans les conditions suivantes :

35 fois il y avait hémorragie.

9 fois non décollement du placenta deux heures après.

2 fois après intervention.

1 fois chez une éclamptique accouchée en ville (obs. 260 bis).

Dans les suites de couches nous relevons 4 cas d'infection (obs. 134 et 207 phlegmatia) (obs. 1304, 801 sur les cas graves à allure septicémique).

B. — Révision utérine après la délivrance

9 observations

N^{os} 259, 849, 1164, 1210, 1915, 1966, 1763 bis, 2102, 2424 bis).

7 fois il y avait eu délivrance spontanée ou naturelle mais il y avait doute sur l'intégrité du placenta.

2 fois il y avait persistance d'hémorragie après la délivrance (obs. 259 et 1966).

1 seul cas fut suivi d'infection (obs. 1966) guérison.

IV. — Post-Partum

Hystérectomie post-partum

1 observation

Obs. 126 bis. — 1 pare de 24 ans ayant accouchée en ville spontanément d'un enfant de 3.750 gr. et ayant fait une légère hémorragie de la délivrance. Suites de couches normales. Entre à la clinique le 26^e jour après l'accouchement, parce qu'elle perd du sang depuis une semaine. L'utérus bilobé, corne gauche hypertrophiée et douloureuse. Hystérectomie vaginale, on trouve un utérus vide, mais un pyosalpinx gauche. Au 9^e jour, hémorragie vaginale très abondante, nécessitant la pose de pinces et un tamponnement serré. Transfusion de sang. Guérison.

V. — Transfusion du sang

6 observations

N^{os} 126 bis, 410, 1165, 1658, 1969, 2326.

Dans 1 cas (obs. 126 bis), il s'agissait d'une hémorragie artérielle 9 jours après une hystérectomie vaginale.

Dans 1 cas, il y avait eu hémorragie par insertion vicieuse du placenta (obs. 410, placenta prævia, transfusion pour remonter l'état général en vue d'une hystérectomie (voir chap. hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus).

Dans 2 cas (obs. 1658 insertion marginale) (obs. 2326 placenta prævia : Transfusion de 250 cm³ après la délivrance spontanée chez des femmes extrêmement anémiées par des hémorragies du travail. Morts dans les heures qui suivent.

Dans 2 cas il s'agissait d'hémorragie abondante de la délivrance (1.500 à 2.000 gr.), ayant déterminé un état de shock extrêmement marqué.

RÉSULTATS :

4 femmes vivantes, 2 femmes mortes.

VIII

Gestations ectopiques

4 observations

2 cas où il y eut rupture intra-péritonéale (obs. 1041 et 1633 bis).

2 cas où on intervint avant toute rupture intra-péritonéale (obs. 293, gestation ampullaire et obs. 1666 bis, hémato-salpinx).

3 fois on fit l'ablation unilatérale des annexes (obs. 293, 1633 bis, 1666 bis).

1 fois on fit une hystérectomie supravaginale (obs. 1041).

Mortalité : 1 cas (obs. 1066 bis).

IX

Pathologie des suites de Couches

A. — Infection puerpérale

15 observations

1° 4 cas d'infection bénigne dont la durée d'évolution n'excède pas 10 jours (obs. 482, 686, 2126, 2179), et survenus :

Dans 1 cas après basiotripsie (obs. 482).

Dans 1 cas après forceps (obs. 2126).

Dans les 2 autres cas après accouchement spontané normal.

2° 8 cas d'infection grave mais suivie de guérison et survenus :

Dans 2 cas chez des femmes accouchées en ville (obs. 683 bis et 704).

Dans 1 cas à la suite de forceps, incision du col, et délivrance artificielle (obs. 1490).

Dans un cas à la suite d'un simple forceps (obs. 1869).

Dans 1 cas à la suite de délivrance artificielle (obs. 2304).

Dans 1 cas après 1 avortement de 6 mois (obs. 2352).

Dans 2 cas après accouchement spontané (obs. 773 et 859).

3° 3 cas suivis de mort (obs. 1370, péritonite, obs. 1620 embolie, obs. 2160, phlegmon pelvien à colibacilles).

Obs. 1370. — I pare, 19 ans, le 25 juillet, accouchement spontané à terme normal, apparition, le 3 août, de signes d'endométrite et de pyélonéphrite. Sérum anti-streptococcique, uroformine. Etat général satisfaisant. Le 17 août, signes de péritonite généralisée, laparotomie, drainage, présence de pus, contenant du streptocoque. Le lendemain, amélioration, hémoculture négative. Malgré tout, l'état général décline et la malade meurt le 19 août. Pas d'autopsie.

Obs. 1620. — I pare, 20 ans. T. 38° avant l'accouchement. Le 28 août, forceps pour lenteur de l'expulsion, légère déchirure périnéale, épisiotomie. Le 2 septembre, ascension thermique à 38°8, utérus douloureux (glace). Ablation des fils, périnée non repris. Pansement à la bouillie lactique. Dès le 6 septembre, la température redescend à la normale, mais le pouls reste au-dessus de 100. Le 25 septembre, la température étant normale et le pouls à 80°, la femme quitte la clinique, mais meurt rapidement d'embolie quelques jours après.

Obs. 2160. — I pare, 38 ans. Le 20 novembre, accouchement et délivrance naturelle normaux. Le 23 novembre, ascension thermique à 40°, frissons, utérus douloureux. Traitement : glace filtrat de streptocoque dans le vagin. Hémoculture négative. La T. reste à 39° en plateau. Le 29 novembre, on constate une masse para-utérine gauche que l'on prend pour un kyste suppuré de l'ovaire, laparotomie sous-ombilicale. On trouve un phlegmon du ligament large et un abcès pariétal à pus colibacillaire (Mickulicz). Fermeture de la paroi.

Le 1^{er} décembre, aggravation de l'état général, signes de péritonite généralisée. Le 2 décembre mort de la femme.

Le traitement a été médical dans 13 cas (vessie de glace sur le ventre, sérum anti-streptococcique, toni-cardiaques).

1 fois on fit un abcès de fixation (obs. 1869).

1 fois une laparotomie pour péritonite généralisée (obs. 1370).

1 fois une laparotomie pour phlegmon du ligament large (obs. 2160).

B. — *Phlébite des membres inférieurs*

11 observations

5 accouchements spontanés avec délivrance naturelle.

1 délivrance artificielle.

1 déchirure périnéale importante.

1 application de forceps après incision du col.

2 opérations césariennes normales.

1 opération césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Toutes phlébites des membres inférieurs :

Phlébite droite : 3.

Phlébite gauche : 4.

Phlébite double : 4.

11 femmes sorties après guérison.

C. — *Infections mammaires*

8 cas d'abcès du sein nettement collectés ayant nécessité un traitement chirurgical, incision, drainage filiforme au crin de Florence. Vaccino-thérapie concomitante.

(Obs. 444, 520, 780, 983, 1636, 1759, 1817, 1993).

X

Mortalité maternelle

31 femmes sont mortes à la clinique.

a) 18 femmes sont mortes d'affections compliquant la gestation.

7 tuberculeuses cavitaires (obs. 47 bis, 81 bis, 107, 550 bis, 895).

1 tuberculose rénale.

1 méningite tuberculeuse (obs. 1558).

1 pleurésie et péritonite purulente antérieure à l'accouchement (obs. 108).

2 asystoliques (l'une le 13^e jour après l'accouchement chez une mitrale décompensée (obs. 136).
l'autre pendant l'expulsion (obs. 1085).

2 azotémiques (obs. 448, 2335).

1 myocardite syphilitique (obs. 1658).

2 apoplexies séreuses après injection intra-veineuse de novarsénobenzol (obs. 1486 bis et 1697 bis).

1 encéphalite épidémique (obs. 393).

b) 10 femmes soignées à la clinique sont mortes de complications de la gestation et de l'accouchement.

1 vomissement grave (avort. thérapeutique) (obs. 2062 bis).

- 1 éclampsie convulsive (obs. 1061).
- 2 shocks opératoires, l'une après césarienne mutilatrice (obs. 2015) ; l'autre après césarienne basse (obs. 2226).

3 septicémies :

- 1 septicémie 4 jours après une double intervention (basiotripsie et hystérectomie (obs. 228).
- 1 septicémie après césarienne suivie d'une double myomectomie (obs. 287).
- 1 septicémie puérpérale (obs. 1370).
- 1 phlegmon du ligament large le 12^e jour, opéré (obs. 2160).
- 1 embolie le 27^e jour des suites de couches (obs. 1620).
- 1 hématosalpinx opéré (obs. 1666 bis).

c) 3 femmes opérées en ville sont mortes après l'arrivée à la clinique.

- 1 rupture utérine (hystérectomie à l'entrée (obs. 1534).
 - 1 septicémie après curettage à 4 mois de gestation (obs. 1758 bis).
 - 1 hémorragie par placenta inséré bas au 7^e mois (obs. 2326).
-

XI

Pathologie du Nouveau-Né

I. MALFORMATIONS FŒTALES

22 observations

Obs. 80. — III^e pare. B. W. mère positif traitée. Enfant pesant 2.900 grammes. Pied bot varus équin. Placenta, 440 grammes.

Obs. 99. — Secondipare. B. W. = 00. Gémellaire bi-choriale. Premier jumeau sain. Deuxième fœtus hydrocéphale. Extrait après ponction du crâne par le rachis. Poids 2.230 grammes. Placenta, 970 gr.

Obs. 283. — I pare saine. Accouchement spontané, enfant 2.830 gr. Céphalématome. Placenta 450 gr.

Obs. 381. — Primipare. Mère Hecht 00. Enfant 2950. Aneucéphale. Thorax évasé. Six doigts à chaque main, six orteils à chaque pied. Hydrocèle gauche. Placenta 900 grammes.

Obs. 457. — II pare tuberculeuse cavitaire. Enfant 2.640. Pied bot varus droit. Placenta 360 grammes.

Obs. 527. — II pare. B. W. = 00 chez les parents. Accouchement prématuré. Hydramnios six litres. Enfant 1.700 gr. Mains bottes. Malformation des doigts. Pied bot gauche avec

talus, gros foie, grosse rate, ascite. Placenta 370 grammes. Enfant mort 5' après sa naissance.

Obs. 713. — XIX geste. Spécificité probable. Pas de B. W. Enfant 4.600. Erythrodermie. Déformations craniennes. Convulsions du 4^e au 7^e jour. Sort vivant le 13^e jour. Placenta 630 grammes.

N^o 739. — V geste, saine. Enfant 4.150 grammes. Double céphalématome. Placenta 530 grammes.

N^o 859. — I pare. Enfant 3.100 gr. Pied bot. Placenta 550.

Obs. 951. — II gestation. Enfant 4.450 grammes. Doigt surnuméraire greffé sur le 5^e doigt. Placenta 650 gr.

Obs. 1021. — I pare. Enfant 3.580 gr. Pied bot. Varus droit. Placenta 460 gr.

Obs. 1218. — I pare. B. W. = 00. Enfant 2.350 gr. Pied bot, varus droit. Atrophie légère des doigts de la main droite sans paralysie.

Obs. 1594. — I pare saine. Enfant 2.400 gr. Hydrocèle unilatérale. Hypospadias très marqué (Méat presque au niveau du scrotum).

Obs. 1710. — Secondipare, saine. Enfant 2.700 gr. Syndactylie du pied droit. Malformation de la main droite. Placenta 400 grammes.

Obs. 1816. — Secondipare. B. W. = 00 chez les parents. Enfant 3.600 gr. Dégénérescence du sterno-cléido mastoïdien gauche. Placenta 500 grammes.

N° 1892. — Secondipare. B. W. = 00. Enfant 3.660 gr. Hermaphrodite. Placenta 670 gr.

Obs. 1963. — I pare. B. W. = 00. Enfant 3.900 gr. Pied bot. Ebauche de spina-bifida. Petit noevus angiomateux au niveau de la région lombaire.

Obs. 2100. — I pare. Enfant 3.950. Céphalématome sur le pariétal droit. Placenta 530 grammes.

Obs. 2200. — I pare, saine. Enfant 3.000 gr. Bec-de-lièvre unilatéral gauche et durson de la voute palatine. Placenta 380 gr.

Obs. 2242. — II pare. B. W. = 00. Enfant 3.100 gr. Pied bot. Varus gauche. Placenta 500 gr.

Obs. 2411 bis. — Primipare. B. W. = 00, prématuré 2.450 grammes. Cataracte congénitale bilatérale, hypospadias. Placenta 506 gr.

Obs. 2430. — Primipare. B. W. = 00. Enfant 3.220 gr. Craniotabès. Double pied bot, varus. Placenta, 620 gr.

II. CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NÉ

5 observations

2 cas de conjonctivité précoce gonococcique (n°s 1686 et 1701).

3 cas de conjonctivite bénigne non gonococcique (n°s 679, 2289, 2293).

Dans 4 observations, accouchements par les voies naturelles.

Dans 1 cas, césarienne basse (obs. 1701).

3 enfants sont sortis guéris (n° 679, 2289, 2293).

2 enfants emmenés avant guérison (n°s 1686, 1701).

III. MELOENA DU NOUVEAU-NÉ

1 observation

Obs. 3. — 1 pare, 29 ans. B.-W. non fait, pas d'antécédents syphilitiques. Césarienne basse au début du travail pour bassin rétréci. Enfant de 3.020 gr. avec placenta de 580 gr. Pas de stigmatisme de syphilis. Mort de melœna à 3 jours.

IV. MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

65 observations

Dans 48 cas, on a pu ranimer le fœtus. Dans 17 cas des soins prolongés n'ont pu ranimer l'enfant.

1° Enfants ranimés : 31 primipares, 17 multipares.

a) Cas où l'accouchement a nécessité une intervention.

Forceps : { Souffrance fœtale : 7 cas.
Cause maternelle : 8 cas.

Version : 2 cas (présentation de l'épaule).

Extraction de siège : 2 cas.

Césarienne : 5 cas.

b) *Cas où l'accouchement a été spontané.*

Sièges : 5 cas.

Gémellaire : 1^{er} fœtus ranimé, 2 cas.

2^e fœtus ranimé, 3 cas.

Sommet : 14 cas dont :

3 prématurés ;

6 circulaires du cordon ;

1 bassin rétréci ;

3 ruptures prématurées des
membranes ;

1 sans cause apparente.

RÉSULTATS :

3 enfants morts à la clinique, 1 méloena (obs. 3),
2 prématurés (obs. 580, 1074).

2^e *Enfants non ranimés* : 12 primipares, 5 multi-
pares.

a) *Cas où l'accouchement avait nécessité une
intervention :*

Forceps : } Pour souffrance fœtale : 5 cas.
 } Pour non-progression : 3 cas.

Extraction de siège : 2 cas.

b) *Cas où l'accouchement avait été spontané :*

Siège : 1 cas.

Gémellaire : 2 cas.

Sommet : 4 cas dont 1 prématuré, 1 procidence,
2 fois sans cause évidente.

V. MORTALITÉ INFANTILE

Fœtus morts pendant la gestation.....	40
Fœtus morts pendant le travail.....	50
Pesant de 1.000 à 2.500 gr.....	18
16 acc. spontanés	
2 acc. opératoires.	
Pesant de 2500 à 3250 gr.....	15
9 acc. spontanés	
6 acc. opératoires.	
Pesant plus de 3.250 gr.....	17
6 acc. spontanés	
11 acc. opératoires.	
Enfants morts pendant leur séjour à la cli- nique	60
Venant de l'extérieur	7
Pesant entre 1.000 et 2.500 gr.....	49
Pesant entre 2.500 et 3.250 gr.....	12
Pesant plus de 3.250 gr.....	6

TROISIÈME PARTIE

SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

148 malades ont été hospitalisées.

96 ont été opérées.

Hystérectomies supravaginales	30
Pour annexite double (salpingoovarite double, salpingoovarite et kyste de l'ovaire et double kyste de l'ovaire)...	13
Pour fibrome	6
Pour fibrome et annexite unilatérale...	2
Pour tumeur kystique du ligament large gauche	1
Pour hydro-pyosalpinx double.....	3
Pour kyste de l'ovaire avec adhérences multiples	2
Pour kyste dermoïde de l'ovaire droit et pyosalpinx gauche	1
Pour métrite chronique, avec métrorra- gie grave	1
Pour prolapsus utéro-vaginal.....	1

Hystérectomies abdominales totales.....	7
Pour petits polypes du col, fibromes utérins multiples	1
Pour cancer du col	1
Pour cancer du corps	3
Pour sclérose utérine et métrite chronique (très gros col).....	1
Pour prolapsus utérins, polypes cervicaux, allongement hypertrophique du col, utérus douteux.....	1
Ablation unilatérale des annexes.....	19
Ligamentopexie	14
Hystéropexie	3
Cure chirurgicale de fistule utéro-pariétale (consécutive à une césarienne).....	1
Libération d'adhérences annexielles.....	2
Curettage	15
Colpopérinéorraphie	6
Myomectomie	2
Laparotomie exploratrice	1
Cure chirurgicale d'éventration.....	2
Appendicectomie (au cours d'autres interventions)	30
Fixation du moignon cervical à la paroi abdominale antérieure pour colpocèle consécutif à une hystérectomie supra-vaginale.....	1
Laparatomie pour volvulus de l'anse sigmoïde.....	1

Cancer du col sur un moignon d'hystérectomie supra-vaginale, ablation après ligature des deux hypogastriques..... 1

Mortalité : 3 (1 le 2^e jour pour insuffisance cardiaque ; 2 pour phénomènes péritonéaux dans les 5 jours qui suivirent l'intervention).

QUATRIÈME PARTIE

SERVICE SOCIAL

Le service social de la clinique Baudelocque est assuré par l'étroite collaboration de deux œuvres.

1° La Société d'Assistance Maternelle et Infantile de la clinique Baudelocque et

2° L'œuvre du « Service Social à l'hôpital » (section des Maternités).

1° LA SOCIÉTÉ D'ASSISTANCE MATERNELLE ET INFANTILE DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

A été créée en 1919 dans le but d'annexer à la Maternité Baudelocque une œuvre permanente d'Assistance Sociale.

Ses principaux moyens d'action sont :

1) Une caisse de secours mise à la disposition de l'Assistante Sociale.

2) 1 vestiaire avec distribution de layette, 2 fois par mois.

3) Deux pouponnières à Montgeron (S.-et-O.) qui recueillent temporairement après sevrage les enfants de 1 à 3 ans de mères indigentes et en particulier les enfants atteints de syphilis congénitale.

2° L'ŒUVRE DU « SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL »

Fonctionne à la clinique Baudelocque depuis 1922 ;

Ce Service Social est un organisme créé à côté du Service médical pour compléter son œuvre. Il est assuré par 4 assistantes sociales.

Fonctionnement :

Toute femme, consultante ou hospitalisée, est l'objet d'une enquête destinée à établir quelles sont ses conditions d'existence matérielles et morales, ses besoins personnels ou familiaux, tant au point de vue médical que social.

Au point de vue médical : l'enquête de l'assistante doit renseigner le médecin sur les antécédents et le milieu dans lequel vit la femme. Si celle-ci est malade, l'assistante est chargée d'obtenir les diagnostics fournis dans les services où elle est soignée ; ou encore de diriger la femme suspectée dans le service spécial où elle doit être examinée.

Dans les cas de tuberculose et de syphilis, le rôle de l'assistante est particulièrement actif puisqu'il

existe à la clinique Baudelocque une maternité isolée pour tuberculeuses et un dispensaire anti-syphilitique. Elle doit établir une liaison constante avec les services hospitaliers et les Dispensaires d'hygiène sociale.

Si une mère est atteinte de tuberculose, l'assistante obtient, en collaboration avec la visiteuse du Dispensaire ou sa collègue du service de phthisiologie, la séparation du bébé dès la naissance et se charge du placement de l'enfant dans des œuvres spécialisées.

Si une mère est atteinte ou suspecte de syphilis l'assistante la dirige sur le dispensaire annexé à la clinique, s'assure qu'elle y est traitée régulièrement, s'informe de la cause de l'interruption du traitement et recherche la femme par visite ou par convocation. L'assistante a naturellement un rôle prophylactique auprès de tous les membres de la famille et a souvent l'occasion de faire à domicile le dépistage des maladies contagieuses et surtout héréditaires.

Elle leur facilite alors les moyens de se faire soigner en les signalant aux dispensaires qui doivent les prendre en charge.

Au point de vue social : l'assistante est spécialisée pour résoudre les problèmes que posent les différents cas qu'elle rencontre. Elle renseigne la femme sur l'aide qui peut lui être accordée ; elle lui indique les moyens de recevoir les allocations auxquelles elle a droit (secours d'assistance aux femmes en

couches, primes d'allaitement, secours préventifs d'abandon, secours aux familles nombreuses, primes de natalité). Elle cherche pour elle et les siens des possibilités de travail en rapport avec sa situation, elle lui épargne éventuellement le souci de ses autres enfants en les plaçant dans des abris temporaires. Enfin elle la dirige sur les multiples œuvres d'assistance publique ou privée pour le plus grand profit de l'intéressée. Auprès de la mère, le but de l'Assistance est d'empêcher l'abandon de l'enfant et de la décider à l'allaiter. Elle le dirige sur les cantines maternelles, la place dans les refuges de femmes enceintes (en particulier l'œuvre de l'allaitement maternel) et après l'accouchement elle l'envoie dans les asiles de convalescence (généralement à la maison maternelle nationale de Saint-Maurice). Elle s'efforce alors de procurer à la mère une situation lui permettant de garder l'enfant avec elle ou si cela est impossible, de placer le bébé dans un centre d'élevage surveillé ou dans une pouponnière. Pour chaque cas nécessitant une intervention spéciale, un dossier social est constitué et l'assistance se rend à domicile pour suivre de plus près l'intéressée.

Le Service Social qui demeure en relation étroite avec les assistées est aussi, au point de vue scientifique, l'agent de liaison nécessaire entre ses assistées et le service médical de la clinique Baudelocque.

CONCLUSIONS

La Maternité Baudeloque Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine comprend :

1°) Un service d'hospitalisation comprenant :

a) Un service général pour les femmes gravides, parturientes et accouchées.

b) Un service général pour les femmes gravides, parturientes et accouchées, atteintes de tuberculose pulmonaire.

c) Un service de gynécologie.

2°) Un service de polyclinique comprenant quatre dispensaires :

a) Dispensaire pour les femmes en état de gestation.

b) Dispensaire pour les mères nourrices et les nourrissons.

c) Dispensaires pour le traitement familial de la syphilis.

d) Dispensaire par les affections gynécologiques.

3°) Un service d'assistance sociale, en liaison avec les dispensaires d'hygiène sociale, et les œuvres publiques et privées.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETT.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	13
<i>1^{re} partie. — Consultations :</i>	
1 ^o Consultation des femmes en état de gestation.....	15
2 ^o Consultation des mères-nourrices et des nourrissons.....	16
3 ^o Dispensaire antisyphilitique.....	16
4 ^o Consultation de gynécologie.....	17
<i>2^e partie. — Service accouchement :</i>	
Statistique générale.....	18
I. Avortements	21
II. Rétention de fœtus morts.....	24
III. Accouchements.....	25
Présentations	25
I. Accouchements simples :	
Présentation du sommet.....	25
Présentation du siège.....	25
Présentation de la face.....	28
Présentation du front.....	29
Présentation de l'épaule.....	30
II. Accouchements gémellaires.....	32
IV. Complications de la gestation.....	36
I. Utérus :	
A. Malformations utérines.....	36
B. Fibromes de l'utérus gravide.....	38
C. Endométrite.....	39
D. Rétroversion de l'utérus gravide.....	40

II. Œuf :	
A. Hydramnios.....	41
B. Gros œuf.....	42
C. Insertion du placenta sur le segment inférieur.....	43
III. Etats pathologiques gravidiques :	
A. Vomissements graves.....	45
B. Albuminurie de la gestation.....	47
C. Eclampsie.....	49
D. Hémorragie rétro-placentaire.....	51
IV. Etats pathologiques généraux :	
A. Syphilis.....	52
B. Tuberculose.....	56
C. Pleurésie avec épanchement.....	59
D. Pyélonéphrites.....	60
E. Cardiopathies.....	61
F. Appendicite.....	62
G. Chorée.....	62
H. Néphrite chronique.....	63
V. Complications de la parturition :	
1. Cloisonnement du vagin.....	64
2. Anomalies de la dilatation.....	65
3. Procidences.....	66
4. Viciations pelviennes.....	68
A. Bassins rachitiques.....	68
B. Luxation congénitale de la hanche.....	71
C. Coxalgie.....	71
D. Bassins cyphotiques, cypho-scoliotiques, scoliotiques..	72
E. Autres causes de viciation pelvienne.....	72
5. Rupture utérine.....	73
6. Déchirures importantes du périnée.....	74
VI. Complications de la délivrance (hémorragies).....	75
VII. Opérations.	
I. Gestation :	
A. Avortements thérapeutiques.....	77
B. Opérations chirurgicales au cours de la gestation....	77
II. Parturition :	
A. Ballon de Champetier de Ribes.....	79
B. Ablation d'un kyste de l'ovaire praevia.....	79
C. Forceps.....	80
D. Version par manœuvres internes.....	85
E. Symphyséotomie.....	86
F. Basiotripsies.....	87
G. Incisions du col.....	88

H. Opérations césariennes.	
Césariennes conservatrices avec réintégration immédiate de l'utérus.....	92
Césariennes suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus	93
Césariennes suivies d'hystérectomie.....	94
I. Hystérectomie en bloc.....	109
J. Rupture utérine.....	109
III. Délivrance.	
A. Délivrance artificielle.....	110
B. Révision utérine après la délivrance.....	111
IV. Post-partum (hystérectomie post-partum).....	112
V. Transfusion de sang.....	112
VIII. Gestations ectopiques.....	114
IX. Pathologie des suites de couches :	
A. Infection puerpérale.....	115
B. Phlébite des membres inférieurs.....	117
C. Infections mammaires.....	118
X. Mortalité maternelle.....	119
XI. Pathologie du nouveau-né :	
I. Malformations fœtales.....	121
II. Conjonctivite du nouveau-né.....	123
III. Melena du nouveau-né.....	124
IV. Mort apparente du nouveau-né.....	124
V. Mortalité infantile.....	126
3 ^e partie. — Service de gynécologie.....	127
4 ^e partie. — Service social.....	130
Conclusions	135

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
